



## **ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "DONMILANI-SALA"**

**Via Fiume Neto, snc Località santo Janni - 88100 - Catanzaro - Tel. e Fax 0961/753118**

**C.M. CZIC856002 - C.F. 97061290793**

[czic856002@istruzione.it](mailto:czic856002@istruzione.it) - [czic856002@pec.istruzione.it](mailto:czic856002@pec.istruzione.it)

[web.www.icdonmiianicz.edu.it](http://web.www.icdonmiianicz.edu.it)

---

### **PROTOCOLLO ACCESSO TERAPISTI/SPECIALISTI SANITARI IN ORARIO CURRICOLARE**

(allegato al Piano Annuale per l'Inclusione)

Approvato con  
Delibera del Collegio dei docenti n°35 del 28 ottobre 2021  
Delibera del Consiglio d'Istituto n°141 del 29 ottobre 2021

#### **PREMESSA**

L'IC "Don Milani-Sala" consente l'accesso dei TERAPISTI/SPECIALISTI SANITARI (pubblici e privati) per osservazioni e supporto agli alunni presenti nella scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di primo grado dell'Istituto, al fine di consentire un miglior perseguimento del percorso formativo-didattico ed educativo degli alunni coinvolti, dare continuità alla diagnosi e alla presa in carico attraverso la messa in rete delle figure professionali di riferimento del bambino e della sua famiglia. È necessaria quindi costruire una stretta rete di collaborazione e di raccordi tra operatori sanitari, sociali, educativi e famiglie per dare una concreta attuazione all'inclusione scolastica e sociale.

Il presente protocollo avrà validità nel tempo, in connessione con il Piano annuale per l'Inclusione (medesima durata di validità del PAI).

Le attività di osservazione e di intervento verranno condivise nella prima riunione di GLH operativo (per gli alunni con disabilità) o nella prima riunione tecnica a cui partecipano tutti gli attori previsti: famiglia, docenti, operatori sanitari pubblici e/o accreditati e/o privati, in cui verrà definita e condivisa la progettualità messa in atto: durata del percorso; finalità, obiettivi e modalità.

Le attività di osservazione dovranno avvenire nelle modalità più discrete possibili, al fine di non interferire nella attività della classe di appartenenza dell'alunno.

L'esigenza di formalizzare le seguenti procedure nasce dalla necessità di contemperare il diritto all'Inclusione degli alunni con difficoltà e/o disabilità con la normativa sulla privacy, sul rispetto del segreto in Atti d'ufficio, sulle norme di sicurezza relative all'accesso di personale esterno alla scuola.



## **ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "DONMILANI-SALA"**

**Via Fiume Neto, snc Località santo Janni - 88100 - Catanzaro - Tel. e Fax 0961/753118**

**C.M. CZIC856002 - C.F. 97061290793**

[czic856002@istruzione.it](mailto:czic856002@istruzione.it) - [czic856002@pec.istruzione.it](mailto:czic856002@pec.istruzione.it)

[web.www.icdonmilianicz.edu.it](http://web.www.icdonmilianicz.edu.it)

---

### **ACCESSO DI TERAPISTI/SPECIALISTI SANITARI PER INTERVENTI DI OSSERVAZIONE O DI SUPPORTO ALL'ALUNNO**

Azioni da mettere in atto:

#### **GENITORI:**

Richiesta da parte dei genitori (entro il mese precedente all'accesso) che autorizzano l'accesso del terapeuta/specialista sanitario, consegnata agli Uffici della Segreteria didattica previa riunione di GLH operativo o tecnica.

(ESCLUSIVAMENTE PER TERAPISTA) In allegato alla richiesta, Progetto di osservazione del terapeuta (su carta intestata dell'Associazione in caso di appartenenza) che dovrà contenere le informazioni che sono state concordate nella riunione tecnica o nella riunione di GLH operativo con i docenti. In particolare:

- motivazione dettagliata dell'osservazione
- finalità, obiettivi, modalità dell'osservazione
- durata del percorso (inizio e fine)
- giorno e orario di accesso/i
- garanzia di flessibilità organizzativa

Il progetto deve essere sottoscritto anche dai genitori dell'alunno.

Al progetto dovrà essere allegato documento di identità in corso di validità del terapeuta che effettuerà l'osservazione.

#### **DIRIGENTE SCOLASTICO**

Il DS acquisirà il consenso all'accesso da parte degli insegnanti (ALLEGATO 1) coinvolti al momento dell'osservazione. Inoltre, acquisirà sottoscrizione di informativa sull'accesso di personale esterno (ALLEGATO 2) da parte dei genitori di tutti gli alunni della classe.

Il DS esprimerà l'autorizzazione all'accesso in forma scritta, che verrà comunicata tramite gli uffici di segreteria prima della data di accesso.

#### **TERAPISTA/SPECIALISTA SANITARIO**

Prima dell'accesso nella classe, il terapeuta/specialista sanitario è tenuto a recarsi presso la segreteria del personale per la firma dell'auto dichiarazione rispetto al certificato del Casellario



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "DONMILANI-SALA"**

**Via Fiume Neto, snc Località santo Janni - 88100 - Catanzaro - Tel. e Fax 0961/753118**

**C.M. CZIC856002 - C.F. 97061290793**

[czic856002@istruzione.it](mailto:czic856002@istruzione.it) - [czic856002@pec.istruzione.it](mailto:czic856002@pec.istruzione.it)

[web.www.icdonmiianicz.edu.it](http://web.www.icdonmiianicz.edu.it)

---

Penale (ALLEGATO 3) e per la dichiarazione di rispetto della normativa sulla privacy (ALLEGATO4) in riferimento a tutte le informazioni di cui verrà in possesso relative agli alunni della classe/scuola, ai docenti, al personale della scuola e all'organizzazione del sistema scolastico dell'IC Donatello.

Successivamente all'intervento, il terapista si impegna a consegnare e condividere in una riunione con i docenti coinvolti e la famiglia un report dell'osservazione effettuata o del supporto/intervento, che verrà inserito nel Fascicolo personale dell'alunno. Tale report verrà discusso nelle successive riunioni tecniche o GLH operativo a cui siano presenti operatori del territorio per aumentare l'efficacia degli interventi nei confronti dei bambini.

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**  
**Prof.ssa Cinzia Emanuela De Luca**

FIRMA AUTOGRAFA SOSTITUITA DA INDICAZIONE A STAMPA AI  
SENSI DELL'ART. 3, COMMA 2, DEL D.LVO. N. 39/93



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "DONMILANI-SALA"**

Via Fiume Neto, snc Località santo Janni - 88100 - Catanzaro - Tel. e Fax 0961/753118

C.M. CZIC856002 - C.F. 97061290793

[czic856002@istruzione.it](mailto:czic856002@istruzione.it) - [czic856002@pec.istruzione.it](mailto:czic856002@pec.istruzione.it)

[web.www.icdonmilianicz.edu.it](http://web.www.icdonmilianicz.edu.it)

---

**ALLEGATO 1**

Al Dirigente Scolastico

**DICHIARAZIONE PERSONALE (DOCENTE)**

Il/La sottoscritto/a, \_\_\_\_\_ in qualità di insegnante di scuola

primaria/ scuola dell'infanzia in servizio presso L'Istituto Comprensivo Donatello di Roma

**vista** la richiesta di collaborazione formulata dalla famiglia, in merito alla presenza di un terapeuta/specialista sanitario, in qualità di esperto esterno, per l'alunno/a \_\_\_\_\_;

**in considerazione** del Progetto di osservazione che verrà approntato (se terapeuta);

**in considerazione** della documentazione presentata dalla famiglia (se specialista sanitario);

**DICHIARA**

- di essere **DISPONIBILE** a consentire la presenza del terapeuta/specialista sanitario in orario curricolare;
- di informare gli altri genitori degli alunni presenti nella sezione/classe del ruolo di tale esperto e di raccogliere l'informativa sottoscritta del consenso a tale presenza.

CATANZARO, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "DONMILANI-SALA"**

**Via Fiume Neto, snc Località santo Janni - 88100 - Catanzaro - Tel. e Fax 0961/753118**

**C.M. CZIC856002 - C.F. 97061290793**

[czic856002@istruzione.it](mailto:czic856002@istruzione.it) - [czic856002@pec.istruzione.it](mailto:czic856002@pec.istruzione.it)

[web.www.icdonmilianicz.edu.it](http://web.www.icdonmilianicz.edu.it)

**ALLEGATO 2**

**NOTA INFORMATIVA PER L'ACCESSO DI  
PERSONALE ESTERNO NELLA CLASSE/SEZIONE (GENITORE)**

(da compilare e consegnare all'insegnante di sezione/classe)

Il/La sottoscritto/a .....  
genitore dell'alunno/a .....,  
frequentante la sezione/classe .....

**DICHIARA**

di essere stato/a informato/a dall'insegnante di sezione/classe in merito alla presenza di un esperto esterno impegnato nella terapia di un alunno presente nella classe/sezione.

Si dichiara d'accordo con tale presenza, in quanto essa non danneggia, anzi arricchisce l'attività didattica della classe/sezione. Inoltre, dichiara di essere stato informato che il terapeuta/lo specialista sanitario si adeguerà al rispetto della Tutela della riservatezza della privacy, ai sensi del D.Lgs n. 196 del 30.06.03 (Codice Privacy), non diffondendo alcuna informazione relativa alle attività degli alunni presenti nella sezione/classe.

Esprime, pertanto, il proprio consenso con la sottoscrizione della presente dichiarazione.

Catanzaro \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "DONMILANI-SALA"**

**Via Fiume Neto, snc Località santo Janni - 88100 - Catanzaro - Tel. e Fax 0961/753118**

**C.M. CZIC856002 - C.F. 97061290793**

[czic856002@istruzione.it](mailto:czic856002@istruzione.it) - [czic856002@pec.istruzione.it](mailto:czic856002@pec.istruzione.it)

[web.www.icdonmiiianicz.edu.it](http://web.www.icdonmiiianicz.edu.it)

**ALLEGATO 3 - DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO GENERALE DEL CASELLARIO GIUDIZIALE E DEI CARICHI PENALI PENDENTI (TERAPISTA/SPECIALISTA SANITARIO)**

(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in  
\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ codice fiscale  
\_\_\_\_\_ in qualità di  
\_\_\_\_\_ dell'associazione  
\_\_\_\_\_ con sede legale in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_  
partita IVA / codice fiscale \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000

**DICHIARA**

ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità:

di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;

di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "DONMILANI-SALA"**

**Via Fiume Neto, snc Località santo Janni - 88100 - Catanzaro - Tel. e Fax 0961/753118**

**C.M. CZIC856002 - C.F. 97061290793**

[czic856002@istruzione.it](mailto:czic856002@istruzione.it) - [czic856002@pec.istruzione.it](mailto:czic856002@pec.istruzione.it)

[web.www.icdonmilianicz.edu.it](http://web.www.icdonmilianicz.edu.it)

**ALLEGATO 4 - DICHIARAZIONE DI IMPEGNO ALLA RISERVATEZZA  
(TERAPISTA/SPECIALISTA SANITARIO)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ CF: \_\_\_\_\_ in qualità di  
\_\_\_\_\_ dell'alunno/a  
\_\_\_\_\_ frequentante la  
sezione/classe \_\_\_\_\_

**SI IMPEGNA**

in nome proprio, nonché, ai sensi dell'art. 1381 c.c., a

- i. considerare le informazioni confidenziali e riservate come strettamente private e ad adottare tutte le ragionevoli misure finalizzate a mantenerle tali;
- ii. utilizzare le Informazioni confidenziali e riservate unicamente allo scopo per le quali sono state fornite o rese note, impegnandosi a non divulgarle a soggetti terzi;
- iii. non usare tali informazioni in modo da poter arrecare qualsivoglia tipo di danno ai soggetti coinvolti né all'Istituzione scolastica ospitante;
- iv. non utilizzare in alcun modo i dati e le informazioni in discorso per scopi diversi dall'attività svolta;
- v. a garantire la massima riservatezza, anche in osservanza alla vigente normativa sulla privacy, ai sensi del D.Lgs. 196/2003, affinché tutte le informazioni acquisite, non potranno in alcun modo, in alcun caso e per alcuna ragione essere utilizzate a proprio o altrui profitto e/o essere divulgate e/o riprodotte o comunque rese note a soggetti terzi.

Gli impegni assunti nel presente Impegno non si applicano alle informazioni, o a parte delle stesse, che nel momento in cui vengono rese note, direttamente o indirettamente, siano già di pubblico dominio, siano già in possesso del soggetto prima all'attività concordata.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_