ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "SILVIO PELLICO"
20004 ARLUNO (MI) – Piazza Europa, 9
Codice Meccanografico MIIC860003 *Cod. Fiscale* 93527540152
Tel.029017001 - Fax 02 90376792
Sito Web: www.icspellico.edu.it - *E-mail*:MIIC860003@istruzione.it;
Posta certificata: MIIC860003@pec.istruzione.it

PROTOCOLLO OPERATIVO PER L'ACCESSO DI SPECIALISTI / TERAPISTI IN CLASSE IN ORARIO CURRICOLARE

- **VISTA** la normativa vigente in materia di inclusione scolastica (L. 104/92, L. 170/2010, D.M. 27/12/2012 e C.M. n. 8 del 6/03/2013, D.Lgs. 66/2017 e s.m.i.);
- **CONSIDERATA** l'importanza di una stretta collaborazione tra scuola, famiglia ed esperti esterni per la stesura e l'attuazione efficace del Piano Didattico Personalizzato (PDP) o del Piano Educativo Individualizzato (PEI);
- **RITENUTA** la necessità di regolamentare le modalità di scambio di informazioni e di interazione tra docenti e specialisti privati, nel rispetto del trattamento dei dati sensibili e della privacy (GDPR);

MODALITÀ DI ACCESSO IN CLASSE DI SPECIALISTI E TERAPISTI

L'Istituto acconsente all'accesso di un professionista specializzato privato o pubblico in classe previa progettazione condivisa, concordata con la famiglia dell'alunno e opportunamente comunicata per informativa ai docenti e ai genitori degli alunni della classe coinvolta.

Il professionista è tenuto a limitarsi all'osservazione degli elementi concordati, rispettando la privacy degli alunni e dei docenti/operatori presenti in classe.

Le attività di osservazione saranno condivise tra docenti, famiglia e terapista in cui verrà definita e condivisa la progettualità messa in atto.

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

I genitori

I genitori presentano in segreteria per il protocollo:

1.1 Richiesta per l'accesso del terapista (modello A)

1.2 Il Progetto di osservazione del terapista (con fotocopia del documento d'identità dello specialista)

1.3 La dichiarazione di impegno alla riservatezza (terapista/specialista sanitario) (Modello C)

Il Dirigente Scolastico

1.1 Il Dirigente scolastico, assunti i documenti (modelli A e C), informa i docenti di classe e i genitori della presenza di un esperto esterno, attraverso il modello B.

1.2 Il Dirigente scolastico esprimerà l'autorizzazione all'accesso in forma scritta. L'autorizzazione sarà comunicata ai docenti e alla famiglia.

Si invitano i docenti a prendere visione del presente protocollo e a consultare la Funzione Strumentale Inclusione per eventuali chiarimenti.

LA DIRIGENTE SCOLASTICA
Prof.ssa Alessandra Sebastiani
Firma autografa sostituita a mezzo stampa, ai sensi dell'art. 3, comma 2, del D.Lgs. 39/93"

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "SILVIO PELLICO"
20004 ARLUNO (MI) – Piazza Europa, 9
Codice Meccanografico MIIC860003 *Cod. Fiscale* 93527540152
Tel.029017001 - Fax 02 90376792
Sito Web: www.icspellico.edu.it - *E-mail*:MIIC860003@istruzione.it;
Posta certificata: MIIC860003@pec.istruzione.it

Modello A

Al Dirigente Scolastico dell'IC Silvio Pellico

DICHIARAZIONE GENITORI

I sottoscritti …… e …… genitori dell'alunno/a ……. frequentante la Scuola ……..…….. , classe …….

CHIEDONO

di poter far entrare nella classe ..…….. il/la terapista/specialista Dott./Dott.ssa ……..… per il/la proprio/a figlio/a durante l'orario didattico per l'attività definita dal progetto allegato dello specialista.

Arluno, lì ……

Firma* ……Firma* .....

Allegato:
Progetto del Dott./Dott.ssa ……

*Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore: il sottoscrivente, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la presente richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

AUTORIZZAZIONE / NON AUTORIZZAZIONE

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

autorizza/non autorizza

Arluno, lì ……

LA DIRIGENTE SCOLASTICA
Prof.ssa Alessandra Sebastiani
Firma autografa sostituita a mezzo stampa, ai sensi dell'art. 3, comma 2, del D.Lgs. 39/93"

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "SILVIO PELLICO"
20004 ARLUNO (MI) – Piazza Europa, 9
Codice Meccanografico MIIC860003 *Cod. Fiscale* 93527540152
Tel.029017001 - Fax 02 90376792
Sito Web: www.icspellico.edu.it - *E-mail*:MIIC860003@istruzione.it;
Posta certificata: MIIC860003@pec.istruzione.it

Modello B

Ai genitori
Ai docenti della classe…..

NOTA INFORMATIVA PER L'ACCESSO DI PERSONALE ESTERNO NELLA CLASSE/SEZIONE

Il Dirigente scolastico assunti il modello A e C,

INFORMA

gli insegnanti e i genitori di sezione/classe in merito alla presenza di un esperto esterno impegnato nell'osservazione di un alunno presente nella classe/sezione.
Inoltre, dichiara di essere stata informata che il/la terapista/specialista sanitario si adeguerà al rispetto della Tutela della riservatezza della privacy, ai sensi della normativa vigente, non diffondendo alcuna informazione relativa alle attività degli alunni presenti nella sezione/classe.

Si invitano i docenti al termine dell'osservazione a redigere un **verbale sintetico**; il documento sarà consegnato alla Funzione strumentale e depositato nel fascicolo riservato dell'alunno. Si ribadisce l'obbligo di **massima riservatezza** sulle informazioni scambiate e osservate, ai sensi della normativa vigente.

Arluno, lì ……

LA DIRIGENTE SCOLASTICA
Prof.ssa Alessandra Sebastiani
Firma autografa sostituita a mezzo stampa, ai sensi dell'art. 3, comma 2, del D.Lgs. 39/93"

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "SILVIO PELLICO"
20004 ARLUNO (MI) – Piazza Europa, 9
Codice Meccanografico MIIC860003 *Cod. Fiscale* 93527540152
Tel.029017001 - Fax 02 90376792
Sito Web: www.icspellico.edu.it - *E-mail*:MIIC860003@istruzione.it;
Posta certificata: MIIC860003@pec.istruzione.it

Modello C

Al Dirigente Scolastico dell'IC Silvio Pellico

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 Scuola ……....

sezione/classe ……

SI IMPEGNA

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

- considerare le informazioni confidenziali e riservate come strettamente private e ad adottare tutte le ragionevoli misure finalizzate a mantenerle tali
- 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
- non usare tali informazioni in modo da poter arrecare qualsivoglia tipo di danno ai soggetti coinvolti né all'Istituzione scolastica ospitante
- non utilizzare in alcun modo i dati e le informazioni in discorso per scopi diversi dall'attività svolta
- a garantire la massima riservatezza, anche in osservanza alla vigente normativa sulla privacy, ai sensi del Regolamento UE 679/2016, del D. Lgs n. 196 del 30.06.03 (Codice Privacy) e del D. Lgs n. 101 del 10.08.2018, affinché tutte le informazioni acquisite, non siano in alcun modo, in alcun caso e per alcuna ragione utilizzate a proprio o altrui profitto e/o 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 dell'attività concordata.

Luogo……, ***data***……..

Firma ……