



AMBITO TERRITORIALE 4  
**ISTITUTO COMPRESIVO STATALE**  
*“Beato Francesco Maria Greco - San Giacomo”*  
Via DON LUIGI STURZO - A C R I (CS) - Tel. e Fax 0984/953853  
C.F.:85000290784 ♦ e-mail: [csic899004@istruzione.it](mailto:csic899004@istruzione.it) [csic899004@pec.istruzione.it](mailto:csic899004@pec.istruzione.it)  
[www.icbeatofrancescomariagreco.edu.it](http://www.icbeatofrancescomariagreco.edu.it)

## PROTOCOLLO OPERATIVO PER L'ACCESSO DI TERAPISTI PRIVATI IN CLASSE IN ORARIO CURRICOLARE

Approvato dal Consiglio di Istituto del 11/10/2024

### PREMESSA

L'Istituto Comprensivo “Beato F.M. Greco- San Giacomo” di Acri consente l'accesso di terapisti/specialisti sanitari (pubbliche privati) su richiesta delle famiglie interessate al fine di dare continuità alla presa in carico di alunni della scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di primo grado dell'Istituto e dispone il presente Protocollo Operativo secondo quanto indicato nel PTOF e nel Piano Annuale per l'Inclusione.

### MODALITÀ DI ACCESSO IN CLASSE DI SPECIALISTI E TERAPISTI PRIVATI INDICATI DALLE FAMIGLIE

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 e consenso 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 in una riunione tra docenti, famiglia e terapeuta in cui verrà definita e condivisa la progettualità messa in atto:

- Durata del percorso/date e orari
- Motivo dell'intervento
- Modalità dell'intervento

Le attività riferite all'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 ottemperare a quanto segue:

- Diritto alla continuità terapeutica
- Diritto all'inclusione degli alunni
- Normativa sulla privacy
- Rispetto del segreto in Atti d'Ufficio
- Norme di sicurezza relative all'accesso di personale esterno alla scuola

## PROCEDURA PER L'ATTIVAZIONE DELL'OSSERVAZIONE IN CLASSE

- Richiesta scritta dei genitori e progetto del terapeuta
- Raccolta del Consenso delle famiglie degli alunni della classe
- Autorizzazione del Dirigente
- Dichiarazione del Terapeuta (Casellario Penale e Privacy)
- Incontro tecnico docenti, famiglia e terapeuta

### I GENITORI

I genitori presentano in segreteria per il protocollo:

1.1 Richiesta per l'accesso del terapeuta (*modello A*)

1.2 Il Progetto di osservazione del terapeuta (*modello B*) sottoscritto dal professionista e dalla famiglia (su carta intestata della struttura o del professionista) che dovrà contenere le informazioni da condividere e definire in riunione:

- Durata del percorso (inizio e fine)
- Giorno ed orario di accesso richiesti
- Garanzia di flessibilità organizzativa
- Motivo dell'intervento
- Modalità dell'intervento

Alla domanda dovrà essere allegato documento di identità in corso di validità dello specialista che effettuerà l'osservazione.

### IL DIRIGENTE SCOLASTICO

1.1 Il Dirigente scolastico, sentiti i docenti di classe, acquisirà per il loro tramite:

- **Sottoscrizione di consenso** sull'accesso dello specialista esterno da parte dei **genitori di tutti gli alunni della classe** (*modello C*)

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

### IL TERAPISTA

Prima dell'accesso in classe, il terapeuta dovrà presentare alla Segreteria dell'I.C.

- Autocertificazione Casellario Penale (*modello D*)
- Dichiarazione di rispetto della normativa sulla privacy con 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 (*modello E*)

### Incontri tecnici con personale della scuola

La Scuola comunicherà la data e l'orario dell'incontro alla famiglia. La famiglia dovrà avvisare il proprio terapeuta per la riunione di condivisione del progetto.

**Il Dirigente Scolastico**  
**Dott.ssa Agatina Giudiceandrea**  
(firma autografa sostituita a mezzo stampa  
ex art.3 c.2 D.Lgs.39/93)

In allegato modelli A, B, C, D, E

Modello A

**DICHIARAZIONE GENITORI**

Al Dirigente Scolastico  
dell'IC "Beato F.M. Greco-S. Giacomo"  
Acri (CS)

I sottoscritti \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_  
genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante la Scuola \_\_\_\_\_, classe \_\_\_\_\_  
plesso \_\_\_\_\_

**CHIEDONO**

di poter far entrare nella classe \_\_\_\_\_ il/la terapeuta/specialista dott./dott.ssa \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ per il/la proprio/a figlio/a durante l'orario didattico per l'attività  
definita dal progetto allegato dello specialista.

Acri, li \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma\* \_\_\_\_\_

Firma\* \_\_\_\_\_

Allegato:

Progetto del dott./dott.ssa \_\_\_\_\_

*\*Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore: il sottoscrittore, 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**

autorizza/non autorizza

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Firma \_\_\_\_\_

Modello B

**PROGETTO DI OSSERVAZIONE IN CLASSE**

Al Dirigente Scolastico  
dell'IC "Beato F.M. Greco- S. Giacomo"  
Acri (CS)

Progetto di osservazione/intervento in classe\_\_Alunno/a \_\_\_\_\_

- Durata del percorso (inizio e fine)

\_\_\_\_\_

- Giorno ed orario di accesso richiesti

\_\_\_\_\_

- Garanzia di flessibilità organizzativa

\_\_\_\_\_

- Motivo dell'osservazione

\_\_\_\_\_

- Modalità dell'osservazione

\_\_\_\_\_

Acri, li \_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Firma Terapista/Specialista \_\_\_\_\_

I genitori dell'alunno/a\_per presa visione e per consenso.

Firma\* \_

Firma\* \_\_\_\_\_

*\*Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore: il sottoscrittore, 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.*

Modello C

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

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

Al Dirigente Scolastico  
dell'IC "Beato F.M. Greco-S. Giacomo"  
Acri (CS)

I sottoscritti \_\_\_e\_\_\_ genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante la Scuola, classe \_\_\_\_\_

**DICHIARANO**

di essere stati informati dall'insegnante di sezione/classe in merito alla presenza di un esperto esterno impegnato nell'osservazione di un alunno presente nella classe/sezione. Si dichiarano d'accordo con tale attività.

Inoltre, dichiarano di essere stati informati che il/la terapeuta/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.

I genitori esprimono il proprio consenso con la sottoscrizione della presente dichiarazione.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Firma\* \_

Firma\* \_\_\_\_\_

*\*Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore: il sottoscrittore, 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.*

Modello D

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO GENERALE DEL CASELLARIO GIUDIZIALE E DEI CARICHI PENALI PENDENTI**

\_\_\_\_\_ sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente  
nel Comune di \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Nella sua qualità di \_\_\_\_\_ della Ditta \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ con sede nel Comune di \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ codice fiscale/partita Iva \_\_\_\_\_

consapevole del fatto che, in caso di mendace dichiarazione verranno applicate nei suoi riguardi, ai sensi dell'articolo 76 del DPR n. 445 del 28.12.2000, le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti, oltre alle conseguenze amministrative previste per le procedure relative agli appalti di servizi,

**D I C H I A R A**

che dal **certificato generale del casellario giudiziale** della Procura della Repubblica presso il Tribunale di \_\_\_\_\_ risulta a proprio carico:

- NULLA
- oppure:

---

---

---

che dal **certificato dei carichi pendenti** presso la Procura della Repubblica presso il Tribunale di \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ risulta a proprio carico:

- NULLA
- oppure:

Inoltre:

- a) che non è mai stata pronunciata, nei confronti del sottoscritto, sentenza di condanna passata in giudicato, ovvero di sentenze di applicazione della pena su richiesta ai sensi dell'art. 444 del codice di procedura penale per qualsiasi reato che incida sulla affidabilità morale e professionale;
  
- b) che nei confronti del sottoscritto non è pendente procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'art. 3 della Legge 27.12.1956, n. 1423;

---

(luogo e data) ( timbro e firma del dichiarante)

Allegati: copia di un documento d'identità, in corso di validità, del dichiarante.

Modello E

**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 all'attività concordata.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_