

DIREZIONE DIDATTICA STATALE "MARIA SANSEVERINO" 2° Circolo - Nola
Via A. Ciccone n°18, 80035 Nola (NA) - cod. fiscale 92019730636 - Tel. Fax. 08118491699
www.cdnolasanseverino.edu.it NAEE15300C@istruzione.it naee15300c@pec.istruzione.it

Prot. N. 2853/B1

Nola, 04/11/2021

PROTOCOLLO PER L'ACCESSO IN CLASSE DI SPECIALISTI/TERAPISTI IN ORARIO CURRICOLARE RISPETTO NORME COVID

(Allegato al Piano Annuale per l'Inclusione)

Approvato con Delibera n. 59 nella seduta del Consiglio di Istituto del 03/11/2021

PREMESSA

L'Istituto, nel rispetto di tutta la normativa Anti-Covid, consente gli accessi in classe di specialisti/terapisti (pubblici e privati) per le osservazioni e il supporto agli alunni presenti nella Scuola dell'Infanzia e Primaria, al fine di garantire un migliore perseguimento del percorso formativo-didattico ed educativo degli alunni coinvolti e 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 necessario quindi costruire una solida collaborazione fra le parti interessate, basata su buone pratiche e prassi ben definite, da tenere sempre presenti nei rapporti tra gli operatori sanitari, sociali, educatori, famiglie e Scuola.

Il presente protocollo ha validità nel tempo, in connessione con il Piano Annuale per l'Inclusione (medesima durata di validità del PI).

L'elaborazione di un documento che riguarda le buone prassi nasce dall'esigenza di individuare modalità e strumenti per la rilevazione e la gestione comune di determinate situazioni riferite all'handicap e al disagio in generale, in linea con le norme e le indicazioni legislative nazionali di riferimento.

Tale documento, condiviso dagli Insegnanti e da tutti gli attori del processo di inclusione, risponde alle necessità di facilitare e nel contempo di regolamentare i rapporti tra la Scuola e gli specialisti/terapisti.

ART. 1 - Accesso terapisti per interventi di osservazione o di supporto all'alunno

Azioni da mettere in atto:

- I genitori, che richiedono l'accesso del terapeuta, presentano istanza al Dirigente scolastico (entro almeno 15 giorni dell'inizio dell'intervento di osservazione), e acconsentono che nella circolare informativa per gli altri genitori della classe sia scritto "**per attività di osservazione legate ad un componente della classe**"; tale istanza viene sottoscritta anche dal terapeuta quale dichiarazione di rispetto della normativa sulla privacy, in riferimento a TUTTE LE INFORMAZIONI di cui verrà in possesso relative agli alunni della classe/scuola, ai docenti, al personale della scuola e

DIREZIONE DIDATTICA STATALE "MARIA SANSEVERINO" 2° Circolo - Nola
Via A. Ciccone n°18, 80035 Nola (NA) - cod. fiscale 92019730636 - Tel. Fax. 08118491699
www.cdnolasanseverino.edu.it NAEE15300C@istruzione.it naee15300c@pec.istruzione.it

all'organizzazione del sistema scolastico della Direzione Didattica Statale "M. Sanseverino" 2° Circolo Nola (**Modello A**).

Tale istanza va presentata agli Uffici della Segreteria didattica assieme al Progetto di osservazione del terapeuta (su carta intestata dell'Associazione in caso di appartenenza ad una di esse) che dovrà contenere le seguenti informazioni:

- Motivazione dettagliata dell'osservazione;
- Finalità; obiettivi, modalità dell'osservazione;
- Durata del percorso (inizio e fine);
- Giorno/i ed orario di accesso/i;
- Garanzia di flessibilità organizzativa;
- Dichiarazione di non osservazioni/informazioni su terzi.

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

Alla domanda dovrà essere allegato documento di identità in corso di validità dello specialista che effettuerà l'osservazione e possesso del green pass valido.

- Il Dirigente scolastico, dopo avere valutato, assieme al coordinatore di classe, all'insegnante di sostegno e alla Funzione strumentale inclusione, l'istanza presentata dai genitori ed il Progetto di osservazione del terapeuta, risponde con atto di concessione oppure di diniego.
- La progettualità dell'intervento di osservazione viene definita e condivisa con tutti i docenti del Consiglio di classe: durata del percorso, finalità, obiettivi e modalità.
- Il Ds acquisisce sottoscrizione di informativa sull'accesso di personale esterno (**Modello B**) da parte dei docenti e dei genitori di tutti gli altri alunni della classe.

ART. 2 - Accesso per incontri tecnici con personale della scuola

- Richiesta congiunta firmata da terapeuta e genitori, contenente la motivazione dell'incontro (Modello C).
- La scuola, nel termine di 15 giorni dalla richiesta, comunicherà data ed orario dell'incontro, anche telefonicamente.



DIREZIONE DIDATTICA STATALE "MARIA SANSEVERINO" 2° Circolo - Nola
Via A. Ciccone n°18, 80035 Nola (NA) - cod. fiscale 92019730636 - Tel. Fax. 08118491699
www.cdnolasanseverino.edu.it NAEE15300C@istruzione.it naee15300c@pec.istruzione.it

- Il personale della scuola verbalizzerà in forma scritta la seduta. Il verbale sarà firmato da tutti i presenti all'incontro e ne verrà rilasciata copia a seguito di richiesta scritta e motivata

ART. 3 - Compilazione di documenti/relazioni su richiesta delle famiglie

Qualora le famiglie abbiano necessità di chiedere la compilazione di documenti pre- impostati e di relazioni da parte dei docenti per l'esterno, le azioni da mettere in atto sono le seguenti:

- Richiesta da consegnare in segreteria (la compilazione non potrà avvenire prima di un 15 giorni dalla data della richiesta), con motivazione dettagliata ed indicazione dell'Ente/Specialista esterno che ne richiede la compilazione;
- Valutazione da parte del Ds e dei docenti rispetto alle competenze nella compilazione di quanto richiesto;
- Consegna della documentazione in oggetto, non prima di 15 giorni dalla richiesta ed entro 30 giorni, tramite segreteria, che contatterà il/i richiedenti.

Il Dirigente Scolastico

Prof.ssa Giuseppina La Montagna

Firma autografa omessa

Ai sensi dell'art. 3 c.2 D. Lvo n. 93/1993

Allegati:

- 1. Modello A (Pag. 1/2) – Richiesta Ingresso Terapista (genitori)**
- 2. Modello A (Pag. 2/2) – Richiesta Ingresso Terapista (terapista)**
- 3. Modello B – Informativa Privacy Genitori**
- 4. Modello C – Richiesta incontro tecnico**

DIREZIONE DIDATTICA STATALE "MARIA SANSEVERINO" 2° Circolo - Nola
Via A. Ciccone n°18, 80035 Nola (NA) - cod. fiscale 92019730636 - Tel. Fax. 08118491699
www.cdnolasanseverino.edu.it NAEE15300C@istruzione.it naee15300c@pec.istruzione.it

**Modello A (Pag. 1/2) – Richiesta Ingresso
Terapista**

**Oggetto : "Richiesta ingresso terapista esterno per attività di osservazione legate
ad un componente della classe"**

Noi sottoscritti _____ genitori di
_____ frequentante la classe _____

CHIEDIAMO

che il dottor _____, in qualità di
_____ facente parte dell'associazione _____,
possa entrare nella classe per effettuare l'osservazione della/del nostra/o figlio/o e

AUTORIZZIAMO

la scuola a predisporre la circolare informativa, per i genitori della classe, in cui viene
indicato che **la presenza del terapista esterno è legata ad un'attività di osservazione di
un componente della classe.**

Data _____

Firma dei genitori *

**Dichiarazione assunta in caso di firma di un solo genitore: Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/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.*

ALLEGATI : 1) Progetto di osservazione del terapista 2) documento di identità dello specialista

DIREZIONE DIDATTICA STATALE "MARIA SANSEVERINO" 2° Circolo - Nola
Via A. Ciccone n°18, 80035 Nola (NA) - cod. fiscale 92019730636 - Tel. Fax. 08118491699
www.cdnolasanseverino.edu.it NAEE15300C@istruzione.it naee15300c@pec.istruzione.it

**Modello A (Pag. 2/2) – Richiesta Ingresso
Terapista**

DICHIARAZIONE

**(da compilare a cura del
terapista)**

_ l _ sottoscritto/a _____ si impegna a non divulgare notizie e/o dati sensibili di cui venisse a conoscenza durante la permanenza nell'Istituto in base alla legge 196/2003 e successive integrazioni e modifiche.

_ l _ sottoscritto/a _ solleva altresì l'amministrazione da qualsiasi responsabilità in ordine a infortuni o sinistri accidentali come parte lesa inoltre è in possesso del green pass valido.

Data

Firma

L'Istituto fa presente che i dati personali forniti dal/dalla Sig./Sig. _____, che è stato identificato tramite documento di riconoscimento, saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, ai sensi e per gli effetti del nuovo regolamento GDPR europeo (codice privacy) UE 679-2016 (G.D.P.R.).

Si concede

Non si concede

La Dirigente Scolastica



DIREZIONE DIDATTICA STATALE "MARIA SANSEVERINO" 2° Circolo - Nola
Via A. Ciccone n°18, 80035 Nola (NA) - cod. fiscale 92019730636 - Tel. Fax. 08118491699
www.cdnolasanseverino.edu.it NAEE15300C@istruzione.it naee15300c@pec.istruzione.it

Modello B – Informativa Privacy Genitori

INGRESSO TERAPISTI PRIVATI

Si informano i genitori che in data _____ sarà presente in classe il

Dottor / la Dottoressa _____ per l'osservazione di un componente

della classe. PADRE:

Io sottoscritto _____

Padre del minore _____

MADRE:

Io sottoscritta _____

Madre del minore _____

DICHIARIAMO

di aver preso visione della comunicazione relativa all'intervento di "osservazione su un

componente della classe" da parte del dott. _____

Data _____

Firma dei genitori



DIREZIONE DIDATTICA STATALE "MARIA SANSEVERINO" 2° Circolo - Nola
Via A. Ciccone n°18, 80035 Nola (NA) - cod. fiscale 92019730636 - Tel. Fax. 08118491699
www.cdnolasanseverino.edu.it NAEE15300C@istruzione.it naee15300c@pec.istruzione.it

**Modello C – Richiesta incontro
tecnico**

Oggetto : "Richiesta incontro tecnico terapeuta con personale della scuola"

Noi sottoscritti _____

genitori di _____ frequentante la classe _____

del plesso _____ a.s. _____ / _____

CHIEDIAMO

che il dottor _____, in qualità di _____

facente parte dell'associazione _____,

possa avere accesso a scuola per un incontro tecnico con _____

Data _____

Firma dei genitori *

Firma del terapeuta

**Dichiarazione assunta in caso di firma di un solo genitore: Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/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.*