

**Istituto Comprensivo "Via Santi Savarino"**

Via Santi Savarino, 16 – 00128 Roma ☎ 06/5083954

email: [rmic8fg00a@istruzione.it](mailto:rmic8fg00a@istruzione.it) PEC [rmic8fg00a@pec.istruzione.it](mailto:rmic8fg00a@pec.istruzione.it)



CF e P. IVA 97713500581 – Codice univoco ufficio: UF4FKW

sito internet <http://www.icviasantisavarino.edu.it>

Codice IPA: istsc\_rmic8fg00a

**PROTOCOLLO ACCESSO TERAPISTI PUBBLICI E PRIVATI IN ORARIO CURRICOLARE**

**Approvato con delibera del Collegio Docenti n. 128 del 24/10/2023**

**Approvato con delibera del Consiglio d'Istituto n. 157 del 29/11/2023**

**PREMESSA**

L'IC via Santi Savarino consente gli accessi dei terapeuti (pubblici e privati) per osservazioni e supporto agli alunni presenti nelle scuole dell'infanzia, primaria e secondaria di I 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. E' necessario 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 per l'Inclusione (medesima durata di validità del P.I.).

Le attività di osservazione dovranno avvenire nelle modalità più discrete possibili, al fine di non interferire nell'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.

**Accesso terapeuti per interventi di osservazione o di supporto all'alunno**

Azioni da mettere in atto:

1. **Richiesta da parte dei genitori (Allegato 1)**, che chiedono l'intervento del terapeuta, consegnata agli Uffici della Segreteria didattica.

2. **Progetto di osservazione del terapeuta**, allegato alla richiesta, il (su carta intestata dell'Associazione in caso di appartenenza ad una di esse) che dovrà contenere:

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

**Istituto Comprensivo "Via Santi Savarino"**

Via Santi Savarino, 16 – 00128 Roma ☎ 06/5083954

email: [rmic8fg00a@istruzione.it](mailto:rmic8fg00a@istruzione.it) PEC [rmic8fg00a@pec.istruzione.it](mailto:rmic8fg00a@pec.istruzione.it)



CF e P. IVA 97713500581 – Codice univoco ufficio: UF4FKW

sito internet <http://www.icviasantisavarino.edu.it>

Codice IPA: istsc\_rmic8fg00a

- garanzia di flessibilità organizzativa.

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.

- Il Ds acquisirà consenso all'accesso da parte degli insegnanti coinvolti al momento dell'osservazione. **(Allegato 2)**
- Il Ds acquisirà sottoscrizione di informativa sull'accesso di personale esterno da parte dei genitori di tutti gli alunni della classe. **(Allegato 3)**
- Il Ds esprimerà l'autorizzazione all'accesso in forma scritta, che verrà comunicata a tutti i soggetti coinvolti (famiglia, docenti, terapeuta) tramite Uffici di Segreteria, entro 10 giorni precedenti alla data di accesso.
- Prima dell'accesso, il terapeuta è tenuto a recarsi presso la segreteria del personale per la firma dell'**autodichiarazione rispetto al certificato del Casellario penale** e per la **dichiarazione di rispetto della normativa sulla privacy (Allegati 4 e 5)** 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.
- Il terapeuta, inoltre, è tenuto a prendere visione del Regolamento d'Istituto e della relativa integrazione recante misure di prevenzione e contenimento della diffusione del SARS-COV-2 pubblicati sul sito dell'istituzione scolastica. A tal riguardo si impegnerà a compilare il Registro degli accessi indicante dati anagrafici, recapiti telefonici, data di accesso, tempo di permanenza e un'autodichiarazione relativa alla prevenzione Covid-19.
- Successivamente all'intervento di osservazione, il terapeuta SI IMPEGNERÀ A condividere con i docenti coinvolti e la famiglia un report dell'osservazione effettuata o del supporto/intervento, che verrà inserito nel Fascicolo Personale dell'alunno.

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO

**Istituto Comprensivo "Via Santi Savarino"**

Via Santi Savarino, 16 – 00128 Roma ☎ 06/5083954

email: [rmic8fg00a@istruzione.it](mailto:rmic8fg00a@istruzione.it) PEC [rmic8fg00a@pec.istruzione.it](mailto:rmic8fg00a@pec.istruzione.it)



CF e P. IVA 97713500581 – Codice univoco ufficio: UF4FKW

sito internet <http://www.icviasantisavarino.edu.it>

Codice IPA: istsc\_rmic8fg00a

**ALLEGATO 1 – Richiesta dei genitori**

Alla c.a. del dirigente scolastico

Dell'IC via Santi Savarino

I sottoscritti	Padre	Madre	
genitori dell'alunno/a			
frequentante la classe		sezione	
della Scuola	<input type="checkbox"/> dell'Infanzia	<input type="checkbox"/> Primaria	<input type="checkbox"/> Secondaria di I grado
Plesso	<input type="checkbox"/> F.Ili Grimm <input type="checkbox"/> S. Savarino	<input type="checkbox"/> S. Savarino <input type="checkbox"/> R. Carriera	<input type="checkbox"/> Respighi

**CHIEDONO**

il/la terapeuta/specialista dott./dott.ssa \_\_\_\_\_

possa accedere alla classe di frequenza del/della proprio/a figlio/a durante l'orario didattico per l'attività definita dal progetto dello specialista allegato.

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

Firma di entrambi i genitori \*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**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 245/2000, 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.



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO

**Istituto Comprensivo "Via Santi Savarino"**

Via Santi Savarino, 16 – 00128 Roma ☎ 06/5083954

email: [rmic8fg00a@istruzione.it](mailto:rmic8fg00a@istruzione.it) PEC [rmic8fg00a@pec.istruzione.it](mailto:rmic8fg00a@pec.istruzione.it)

CF e P. IVA 97713500581 – Codice univoco ufficio: UF4FKW

sito internet <http://www.icviasantisavarino.edu.it>

Codice IPA: istsc\_rmic8fg00a

**ALLEGATO 2 - Dichiarazione Personale (Docente)**

Alla c.a. del dirigente scolastico

Dell'IC via Santi Savarino

Il/La sottoscritto/a, \_\_\_\_\_ in qualità di insegnante di scuola dell'infanzia/primaria/SSIG in servizio presso l'Istituto Comprensivo di via Santi Savarino

**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, in qualità di insegnante (scuola dell'infanzia) /coordinatore (scuola primaria e secondaria) 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.

Roma, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO

**Istituto Comprensivo "Via Santi Savarino"**

Via Santi Savarino, 16 – 00128 Roma ☎ 06/5083954

email: [rmic8fg00a@istruzione.it](mailto:rmic8fg00a@istruzione.it) PEC [rmic8fg00a@pec.istruzione.it](mailto:rmic8fg00a@pec.istruzione.it)

CF e P. IVA 97713500581 – Codice univoco ufficio: UF4FKW

sito internet <http://www.icviasantisavarino.edu.it>

Codice IPA: istsc\_rmic8fg00a

**ALLEGATO 3 - Nota informativa per l'accesso di personale esterno nella classe /sezione**

Alla c.a. del dirigente scolastico

Dell'IC via Santi Savarino

I sottoscritti	Padre	Madre	
genitori dell'alunno/a			
frequentante la classe		sezione	
della Scuola	<input type="checkbox"/> dell'Infanzia	<input type="checkbox"/> Primaria	<input type="checkbox"/> Secondaria di I grado
Plesso	<input type="checkbox"/> F.Ili Grimm <input type="checkbox"/> S. Savarino	<input type="checkbox"/> S. Savarino <input type="checkbox"/> R. Carriera	<input type="checkbox"/> Respighi

DICHIARANO

di essere stati informati dall'Istituto Comprensivo di via Santi Savarino relativamente alla presenza di un esperto esterno impegnato nella terapia funzionale al percorso didattico di un alunno della stessa classe ed esprimono il proprio consenso alla sua presenza come regolata da apposito protocollo.

Inoltre, dichiarano di essere stati informati che il terapeuta/lo specialista sanitario si adegnerà al rispetto della Tutela della riservatezza della privacy, ai sensi del Reg Ue 2016/679 e D.Lgs n. 196 del 30.06.03 (Codice Privacy) e ss.mm.ii., non diffondendo alcuna informazione relativa alle attività degli alunni presenti nella classe.

Roma, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Firma di entrambi i genitori)

\*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 245/2000, 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.

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO

**Istituto Comprensivo "Via Santi Savarino"**

Via Santi Savarino, 16 – 00128 Roma ☎ 06/5083954



email: [rmic8fg00a@istruzione.it](mailto:rmic8fg00a@istruzione.it) PEC [rmic8fg00a@pec.istruzione.it](mailto:rmic8fg00a@pec.istruzione.it)

CF e P. IVA 97713500581 – Codice univoco ufficio: UF4FKW

sito internet <http://www.icviasantisavarino.edu.it>

Codice IPA: istsc\_rmic8fg00a

**ALLEGATO 4 - 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)**

Alla c.a. del dirigente scolastico

Dell'IC via Santi Savarino

Il/la sottoscritto/a			
nato/a		il	
residente a		in via	

consapevole delle sanzioni penali e civili sancite dall'art.76, D.P.R. n.445/2000, nel caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità,

- visto l'art. 2 del D.Lgs. 39/2014;

- viste le lettere aa) e bb) dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000;

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

- di non aver riportato condanne penali per i reati di cui agli artt.600 bis, 600 ter, 600 quater, 600 quinquies e 609 undecies del Codice penale;

- di non essere sottoposto a sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori;

**D I C H I A R A A L T R E S Ì**

di essere informato in relazione all'informativa di cui all'art.13, D.Lgs. n.196/2003, e di autorizzare il trattamento dei dati ivi riportati per le finalità di cui all'art.2, D.Lgs. n.39/2014, ai sensi dell'art.21, D.Lgs. n.196/2003.

Allegato: fotocopia di un documento di identità valido.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO

**Istituto Comprensivo "Via Santi Savarino"**

Via Santi Savarino, 16 – 00128 Roma ☎ 06/5083954

email: [rmic8fg00a@istruzione.it](mailto:rmic8fg00a@istruzione.it) PEC [rmic8fg00a@pec.istruzione.it](mailto:rmic8fg00a@pec.istruzione.it)



CF e P. IVA 97713500581 – Codice univoco ufficio: UF4FKW

sito internet <http://www.icviasantisavarino.edu.it>

Codice IPA: istsc\_rmic8fg00a

(Firma del dichiarante per esteso e leggibile)

**ALLEGATO 5 -Dichiarazione di impegno alla riservatezza (terapista/specialista sanitario)**

Alla c.a. del dirigente scolastico  
Dell'IC via Santi Savarino

Il/la sottoscritto/a			
nato/a a		il	
C.F.			
in qualità di			
dell'alunno/a			
frequentante la classe		sezione	
della Scuola	<input type="checkbox"/> dell'Infanzia	<input type="checkbox"/> Primaria	<input type="checkbox"/> Secondaria di I grado
Plesso	<input type="checkbox"/> F.Ili Grimm <input type="checkbox"/> S. Savarino	<input type="checkbox"/> S. Savarino <input type="checkbox"/> R. Carriera	<input type="checkbox"/> Respighi

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  
\_\_\_\_\_