



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

ISTITUTO COMPRESIVO "ALBANO – LOC. CECCHINA"

Scuola dell'Infanzia – Primaria – Secondaria di Primo Grado

Piazza XXV Aprile snc – 00041 Albano Laziale(RM) Tel-Fax 069340133

42° Distretto – Cod. Fis. 90049380588 – Cod. Mec. RMIC8AY002

www.icalbanocecchina.edu.it ✉ e-mail: rmic8ay002@istruzione.it – PEC: rmic8ay002@pec.istruzione.it

Codice univoco per fatturazione elettronica UFKMHQ

Albo Pretorio online Sito Web d'Istituto

PROTOCOLLO ACCESSO TERAPISTI IN ORARIO CURRICOLARE

(allegato al Piano Annuale per l'Inclusione)

approvato con Delibera n. 18 del 16/12/2024

PREMESSA

L'Istituto Comprensivo Albano Loc. Cecchina consente gli accessi dei terapisti (pubblici e privati) per osservazioni e supporto agli alunni presenti nella scuola dell'infanzia, nella scuola primaria e nella scuola 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. È 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 (la cui attività rientra nei c.d. "motivi di interesse pubblico rilevante" che le scuole perseguono per garantire il diritto allo studio ed erogare al meglio i servizi scolastici). 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 dovranno avvenire nelle modalità più discrete possibili, al fine di non interferire nella attività della classe di appartenenza dell'alunno. I risultati delle attività di osservazione dovranno essere condivisi con tutti i docenti del Consiglio di classe o del Team di classe. 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:

I genitori, che richiedono l'accesso del terapeuta, presentano istanza al Dirigente scolastico (almeno 15 giorni prima dell'inizio dell'intervento di osservazione), e acconsentono che nella circolare informativa per i genitori sia scritto "per attività di osservazione legate ad un componente della classe"; tale istanza viene sottoscritta anche dal terapeuta (insieme a uno specifico "Patto di riservatezza") 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 all'organizzazione del sistema scolastico dell'Istituto Comprensivo Albano Loc. Cecchina (Modello A).

Tale istanza va presentata agli Uffici della Segreteria didattica.

Lo specialista che effettuerà l'osservazione, prima dell'ingresso in classe, si dovrà identificare con documento di identità in corso di validità.

- 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 ulteriori relazioni della rete di supporto dell'alunno (verbali dei GLO, verbali di colloqui con i genitori), 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 sottoscrive uno specifico "Patto di riservatezza" con il professionista esterno (Modello B) e informa il personale docente e i genitori di tutti gli altri alunni della classe sull'accesso di personale esterno (Modello C).

Accesso per incontri tecnici con personale della scuola

- Richiesta congiunta firmata da terapeuta e genitori, contenente la motivazione dell'incontro (Modello D).
- La scuola, nel termine di 15 giorni dalla richiesta, comunicherà data ed orario dell'incontro.
- Il DS, o l'insegnante delegato, al momento dell'accordo su data ed orario, procederà a convocazione scritta dell'incontro.
- Il personale della scuola verbalizzerà in forma scritta la seduta. Il verbale sarà tenuto agli atti della scuola.

Compilazione di documenti/relazioni su richiesta delle famiglie

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

- Richiesta da consegnare in segreteria, 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 della scuola nella compilazione di quanto richiesto;
- Consegna della documentazione in oggetto, non prima di un mese dalla richiesta ed entro 45 giorni, tramite segreteria, che contatterà il/i richiedenti.

Allegati al presente Protocollo:

- Modello A;
- Modello B;
- Modello C;
- Modello D.



ISTITUTO COMPRENSIVO "ALBANO – LOC. CECCHINA"

Scuola dell'Infanzia – Primaria – Secondaria di Primo Grado

Piazza XXV Aprile snc – 00041 Albano Laziale(RM) Tel-Fax 069340133
42° Distretto – Cod. Fis. 90049380588 – Cod. Mec. RMIC8AY002

www.icalbanocecchina.edu.it e-mail: rmic8ay002@istruzione.it – PEC: rmic8ay002@pec.istruzione.it

Codice univoco per fatturazione elettronica UFKMHQ

Modello A – Richiesta Ingresso Terapista

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

Noi sottoscritti _____

genitori dell'alunno/a _____

frequentante la classe _____ del plesso _____ a.s. _____

CHIEDIAMO

che il dott./la dott.sa _____ in qualità di _____ facente parte dell'Associazione/ASL _____, possa entrare nella classe il giorno ____/____/____ per effettuare l'osservazione di nostro/a figlio/a e

AUTORIZZIAMO

la scuola a predisporre la circolare informatica, 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, in totale riservatezza e nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati.

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.



ISTITUTO COMPRENSIVO "ALBANO – LOC. CECCHINA"

Scuola dell'Infanzia – Primaria – Secondaria di Primo Grado

Piazza XXV Aprile snc – 00041 Albano Laziale(RM) Tel-Fax 069340133

42° Distretto – Cod. Fis. 90049380588 – Cod. Mec. RMIC8AY002

www.icalbanocecchina.edu.it e-mail: rmic8ay002@istruzione.it – PEC: rmic8ay002@pec.istruzione.it

Codice univoco per fatturazione elettronica UFKMHQ

Modello B – Patto di riservatezza

Patto di riservatezza per la presenza in classe di un terapeuta/educatore professionale

TRA

L'Istituto Comprensivo Albano Cecchina, di seguito anche "Istituto Scolastico", codice fiscale 90049380588

rappresentato dal Dirigente Scolastico Dott.ssa Savastano Donatella

E

Il Dott./La Dott.ssa _____, di seguito anche "Terapista", nato/a a _____,

residente in via _____

Codice Fiscale _____

PREMESSO

- che il/la Dott./Dott.ssa _____ opera in qualità di educatore professionale a sostegno di un Alunno frequentante l'Istituto Scolastico in regime privatistico;

- che, in accordo con la famiglia, si è ritenuto di consentire al/alla Dott./Dott.ssa _____ di operare, nel pieno ed esclusivo interesse del minore, a sostenerlo nel percorso di integrazione scolastica.

SI CONVIENE QUANTO SEGUE:

Art. 1

Fermo restando gli obblighi comunque connessi al segreto professionale, è fatto obbligo al/alla Terapista di non rivelare a terzi, alcuna informazione di cui sia venuto/a a conoscenza in occasione o a causa della presenza all'interno della classe presso cui svolge l'attività professionale in favore dell'alunno, di garantire la massima riservatezza dei dati e delle informazioni sottoposti al regime di privacy e raccolte nell'espletamento delle attività eseguite presso la sede dell'Istituto Scolastico, nonché di attenersi e osservare le disposizioni di cui alla normativa italiana ed europea in materia di trattamento dei dati personali (in particolare il Regolamento UE 2016/679, c.d. GDPR), osservando misure organizzative e di sicurezza adeguate, idonee a garantire la riservatezza, la disponibilità e la confidenzialità dei dati personali trattati.

Art. 2

L'Istituto Scolastico e il terapeuta agiranno in qualità di autonomi Titolari del trattamento dei dati personali degli alunni, dei genitori e del personale.

A tali soggetti competono i diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento UE 2016/679 e, in particolare, il diritto di conoscere i propri dati, di farli integrare, rettificare, limitare, cancellare per violazione di legge e/o di opporsi al loro trattamento, nonché il diritto alla portabilità dei dati. Spetta all'Istituzione Scolastica e al terapeuta, ciascuno in ragione dello specifico e autonomo trattamento effettuato, fornire riscontro ad eventuali richieste correlate all'esercizio dei diritti da parte degli interessati al trattamento.

Art. 3

Con la sottoscrizione del presente patto di riservatezza, inoltre, il/la Terapeuta si impegna:

- a esentarsi dallo (o comunque evitare di) svolgere qualsivoglia operazione di trattamento (compresa la semplice consultazione o visualizzazione) sui dati degli alunni della classe, genitori o personale scolastico dei quali dovesse venire a contatto e, in ogni caso, ad usare la massima riservatezza e discrezione su quelli di cui dovesse comunque venire a conoscenza;
- a considerare strettamente riservati e, pertanto, a non divulgare e/o comunque a non rendere noti a terzi i dati personali e/o informazioni apprese durante l'attività svolta e la sua presenza in classe;
- a rispettare la privacy degli alunni presenti in classe e a non diffondere o effettuare alcun annuncio e/o comunicazione al pubblico o a terzi riguardo ai dati personali o alle informazioni di cui verrà a conoscenza.

Il vincolo di riservatezza continuerà ad avere valore anche dopo la conclusione della sua attività professionale in classe.

Il/La Terapeuta, pertanto, si impegna a mantenere indenne l'Istituto scolastico da qualsiasi responsabilità, danno, incluse le spese legali, o altro onere che possa derivare da pretese, azioni o procedimenti avanzate da terzi a seguito della comunicazione o diffusione di notizie riservate o dell'eventuale illiceità o non correttezza delle operazioni di trattamento dei dati personali che sia imputabile a fatto, comportamento o omissione della stessa.

Data

L'Istituto fa presente che i dati personali forniti dal/dalla Sig./Sig. , che è stato identificato tramite documento di riconoscimento, saranno oggetto di trattamento ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 679/2016 e del D.Lgs. 196/2003 per le finalità dell'attività su esposta.

IL/LA TERAPISTA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Savastano Donatella

Dott./Dott.ssa

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

ISTITUTO COMPRENSIVO "ALBANO – LOC. CECCHINA"



Scuola dell'Infanzia – Primaria – Secondaria di Primo Grado

Piazza XXV Aprile snc – 00041 Albano Laziale(RM) Tel-Fax 069340133
42° Distretto – Cod. Fis. 90049380588 – Cod. Mec. RMIC8AY002

www.icalbanocecchina.edu.it e-mail: rmic8ay002@istruzione.it – PEC: rmic8ay002@pec.istruzione.it

Codice univoco per fatturazione elettronica UFKMHQ

Modello C -Ingresso terapisti privati

INGRESSO TERAPISTI PRIVATI

Si informano i genitori dell'alunno _____ frequentante la sezione _____ che in data _____ sarà presente

un/a terapeuta per l'osservazione di un componente della classe.

Si informa che il/la terapeuta, avendo sottoscritto un apposito "Patto di riservatezza" e in quanto professionista esterno incaricato dai genitori dell'alunno, opererà in qualità di autonomo titolare del trattamento; lo/a stesso/a, infatti, è tenuto/a a non rivelare a terzi, alcuna informazione di cui sia venuto/a a conoscenza in occasione o a causa della sua attività, di garantire la massima riservatezza dei dati e delle informazioni sottoposti al regime di privacy e raccolte nell'espletamento delle attività eseguite presso la sede dell'Istituto Scolastico, attenendosi e osservando le disposizioni di cui alla normativa italiana ed europea in materia di trattamento dei dati personali (in particolare il Regolamento UE 2016/679), nonché le misure organizzative e di sicurezza adeguate, idonee a garantire la riservatezza, la disponibilità e la confidenzialità dei dati personali trattati.

Il terapeuta, nello specifico, si è impegnato a non trattare dati personali di alunni, genitori o personale scolastico, limitando la raccolta e il trattamento dei dati al suo assistito.

Le attività svolte dal terapeuta rientrano tra quelle necessarie all'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri, nonché nell'ambito dei motivi c.d. di "interesse pubblico rilevante", per garantire il diritto allo studio ed erogare al meglio i servizi scolastici, nonché per attività socio-assistenziali a tutela dei minori.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Donatella Savastano

(Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs n. 82/2005)



ISTITUTO COMPRENSIVO "ALBANO – LOC. CECCHINA"

Scuola dell'Infanzia – Primaria – Secondaria di Primo Grado

Piazza XXV Aprile snc – 00041 Albano Laziale(RM) Tel-Fax 069340133

42° Distretto – Cod. Fis. 90049380588 – Cod. Mec. RMIC8AY002

www.icalbanocecchina.edu.it e-mail: rmic8ay002@istruzione.it – PEC: rmic8ay002@pec.istruzione.it

Codice univoco per fatturazione elettronica UFKMHQ

Modello D – Richiesta incontro tecnico

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

Noi sottoscritti genitori _____

Dell'alunno _____ 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 del terapeuta

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.