



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "AGRIGENTO CENTRO"

*Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado
ad indirizzo musicale*

Viale della Vittoria n. 5 - 92100 Agrigento - Tel. 0922/20786
Cod. Fiscale: 93062650846 - Cod. Meccanografico: AGIC821001
PEO: agic821001@istruzione.it PEC: agic821001@pec.istruzione.it
Sito web: www.icagrigentocentro.it - Codice Univoco UF8ZDY

PROTOCOLLO PER L'ACCESSO IN CLASSE DI TERAPISTI/ SPECIALISTI SANITARI IN ORARIO CURRICULARE

PREMESSA

L'Istituto Comprensivo "Agrigento Centro" di Agrigento consente gli accessi in classe di terapisti o specialisti sanitari (pubblici e privati), su richiesta delle famiglie, per le osservazioni degli alunni presenti nella Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado, 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 dell'alunno e della sua famiglia.

È necessaria una stretta rete di collaborazione e di raccordo tra operatori sanitari, sociali, educativi e famiglie per dare una concreta attuazione all'inclusione scolastica e sociale.

Il Protocollo, quindi, risponde alle esigenze di regolamentare i rapporti tra la Scuola ed i terapisti o gli specialisti sanitari.

L'esigenza di formalizzare le seguenti procedure nasce dalla necessità di contemperare il diritto all'inclusione degli alunni con 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.

Il presente Protocollo ha validità nel tempo in connessione con il Piano Annuale per l'Inclusione.

Art. 1 - Accesso dei terapisti indicati dalle famiglie

È possibile far accedere in classe un professionista specializzato nelle problematiche di apprendimento, comportamentali e psicologiche previa progettazione condivisa, concordata con la famiglia dell'alunno e opportunamente comunicata per informativa ai genitori di tutti gli alunni appartenenti al gruppo classe/sezione.

Il professionista, che dovrà essere coperto da personale polizza assicurativa (oppure solleva la scuola da qualsiasi responsabilità assicurativa), è tenuto a :

- limitarsi all'osservazione degli elementi concordati, rispettando la *privacy* degli alunni e del personale scolastico presenti in classe;
- non interagire direttamente con gli altri alunni della classe, concentrando l'attività sul solo alunno interessato;
- operare in classe sempre in contemporanea con il docente di riferimento (curricolare e/o di sostegno);
- compilare la 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 e all'organizzazione scolastica.

Inoltre, prima dell'accesso, avrà cura di consegnare al Dirigente Scolastico la progettualità che ha necessità di mettere in atto, esplicitando la durata del percorso, la finalità, gli obiettivi e le modalità.

Le attività di osservazione dovranno avvenire nelle modalità più discrete possibili, al fine di non interferire nel regolare svolgimento delle lezioni.

Art. 2 - Interventi di osservazione o di supporto all'alunno

Le azioni da mettere in atto sono le seguenti:

- a) richiesta da parte dei genitori per l'accesso del terapeuta o dello specialista sanitario, da presentare agli Uffici della Segreteria didattica (**Allegato A**);
- b) consegna alla scuola del "Progetto di osservazione" elaborato dal terapeuta o dallo specialista sanitario (**Allegato B**), stilato su carta intestata della struttura o del professionista.

Il Progetto dovrà contenere le seguenti informazioni:

- motivazione dettagliata dell'osservazione;
- finalità; obiettivi, modalità dell'osservazione;
- durata del percorso (inizio e fine);
- giorni ed orari di accesso richiesti;
- garanzia di flessibilità organizzativa.

Il Progetto dovrà inoltre essere sottoscritto dai genitori dell'alunno interessato.

Al Progetto dovranno essere allegati:

- documento di identità in corso di validità dello specialista;
- Curriculum Vitae dello specialista;
- dichiarazione sostitutiva del certificato generale del casellario giudiziale e dei carichi penali pendenti (**Allegato C**);
- dichiarazione di rispetto della normativa sulla privacy (**Allegato D**) a garanzia di tutte le informazioni che verranno acquisite, con l'impegno a non interagire direttamente con gli alunni non interessati e a permanere nella classe sempre in presenza del docente.

Il Dirigente Scolastico, una volta acquisita tutta la documentazione preliminare e dopo avere valutato l'istanza presentata dai genitori ed il progetto del terapeuta, esprimerà

l'autorizzazione all'accesso in forma scritta, che sarà comunicata alle parti interessate, tramite gli Uffici di Segreteria, nei tempi previsti e con il dovuto preavviso.

L'autorizzazione è di competenza esclusiva del Dirigente Scolastico e non è in alcun modo subordinata al consenso preventivo dei genitori degli altri alunni della classe, come chiarito dalla Raccomandazione del Garante per la disabilità n. 1/2025.

Il Dirigente Scolastico fornirà informativa del progetto ai genitori e ai docenti della classe/sezione.

Successivamente all'intervento di osservazione, lo specialista sanitario dovrà consegnare e condividere con i docenti coinvolti e la famiglia un report di valutazione. Lo stesso sarà poi inserito nel fascicolo personale dell'alunno osservato.

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

Qualora le famiglie abbiano necessità di chiedere la compilazione di documenti e di relazioni da parte dei docenti per Enti esterni, dovranno seguire la seguente procedura:

- richiesta scritta da consegnare in Segreteria, contenente la motivazione dettagliata ed indicazione dell'ente o dello specialista esterno che ne richieda la compilazione;
- valutazione da parte del Dirigente Scolastico sulla conformità della richiesta, nel rispetto della legge e della normativa sulla *privacy*;
- consegna ai genitori della documentazione tramite Segreteria e, ove specificato, tramite email del genitore richiedente.

Gli allegati sono parte integrante del presente Protocollo.

Approvato con delibera n. 5 nella seduta del Consiglio di Istituto del 31/10/2025

ALLEGATO A

**Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. "Agrigento Centro"
Agrigento**

**RICHIESTA DELLA FAMIGLIA
INGRESSO TERAPISTA/SPECIALISTA ESTERNO**

I sottoscritti _____ e _____
genitori dell'alunno/a _____ frequentante la classe _____
plesso _____

CHIEDONO

di poter far entrare nella classe _____ lo specialista dott./dott.ssa
_____ per effettuare attività di osservazione del/della proprio/a
figlio/a durante l'orario didattico come da progetto allegato alla presente.

Agrigento, lì ____/____/____

Firma* _____

Firma* _____

Allegato: progetto del/della 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.

ALLEGATO B

PROGETTO DI OSSERVAZIONE IN CLASSE

**Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo "Agrigento Centro"
AGRIGENTO**

Alunno/a _____ **classe/sezione** _____ **plesso** _____

✓ **Durata del percorso (inizio e fine)**

✓ **Giorno ed orario di accesso richiesti**

✓ **Motivo dell'osservazione**

✓ **Finalità**

✓ **Obiettivi**

✓ **Modalità dell'osservazione**

Il/La sottoscritto/a garantisce la massima flessibilità organizzativa in relazione alle necessità della scuola, pertanto resta inteso che le date proposte sono meramente indicative e dovranno essere concordate con il Consiglio di classe/Team docenti.

Il/La sottoscritto/a si impegna a svolgere le attività di osservazione nelle modalità più discrete possibili, al fine di non interferire nell'attività della classe di appartenenza dell'alunno.

Il/La sottoscritto/a si impegna a condividere con i docenti coinvolti e la famiglia un report dell'osservazione effettuata che verrà inserito nel Fascicolo Personale dell'alunno osservato.

Il terapeuta / specialista sanitario

Firma _____

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

Firma* _____

Firma* _____

Agrigento, lì ____ / ____ / ____

*Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore il sottoscrittante, 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, 337ter e 337quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

ALLEGATO C

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

____sottoscritto_____
nato a_____il_____
residente nel Comune di_____ ()
Stato_____ Via/Piazza_____
Codice Fiscale_____
nella sua qualità di _____
dell'Ente _____
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)

(firma del dichiarante)

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

ALLEGATO D

**Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo "Agrigento Centro"
AGRIGENTO**

Dichiarazione e Impegno a cura del Terapista/Professionista Sanitario Esterno

Il/La sottoscritto/a _____
Nato/a a _____
il _____ Residente a _____
in via _____
Codice Fiscale _____
Iscritto/a all'Albo professionale di _____
con n. _____

DICHIARA

Di aver assunto l'incarico (specificato nel Progetto di Intervento allegato) per conto dei Sigg.

Genitori dell'alunno/a _____, frequentante la classe
_____ Plesso _____

Che l'incarico svolto presso l'Istituto Comprensivo "Agrigento Centro" non comporta oneri finanziari a carico della scuola.

Di essere titolare di polizza assicurativa professionale n. _____
stipulata con la Compagnia _____.

Pertanto, solleva l'Amministrazione Scolastica da qualsiasi responsabilità in ordine a infortuni o sinistri accidentali che possano verificarsi durante l'accesso e lo svolgimento dell'attività come parte lesa o responsabile.

SI IMPEGNA a quanto segue:

Rispetto della Normativa sulla Privacy

- Di conoscere e rispettare scrupolosamente tutte le disposizioni del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche, in materia di protezione dei dati personali, in particolare dei minori.
- Di trattare i dati personali e sensibili di cui verrà a conoscenza, sia dell'alunno/a di riferimento che degli altri alunni e del personale scolastico, unicamente ed esclusivamente per le finalità legate all'intervento e al percorso educativo-terapeutico dell'alunno/a interessato/a.
- Di adottare ogni misura necessaria per garantire la riservatezza e la sicurezza dei dati trattati.

Ambito e Limiti dell'Osservazione/Intervento

- L'attività di osservazione sarà strettamente limitata all'alunno/a interessato/a, senza interagire direttamente con gli altri alunni della classe, e sempre sotto la supervisione del docente di riferimento (o del docente in servizio nell'ora di accesso).
- Di limitare le eventuali annotazioni e documentazioni a quanto strettamente pertinente all'osservazione e all'intervento sull'alunno/a interessato/a, garantendo che eventuali riferimenti ad altri alunni siano anonimi.

Modalità Operative in Classe

- Di operare esclusivamente in presenza e sotto la supervisione del docente di riferimento della classe (o del docente in servizio nell'ora di accesso).
- Di concordare preventivamente con il docente di riferimento la collocazione fisica e le modalità operative più opportune per minimizzare l'interferenza con la didattica e con la riservatezza degli altri alunni.
- Di non divulgare a terzi alcuna informazione o notizia appresa all'interno dell'ambiente scolastico nell'espletamento della propria attività.
- Di consegnare un report finale al termine delle attività, da condividere con i docenti coinvolti e la famiglia.

Luogo e data,

Firma del Terapista/Professionista
