



ISTITUTO OMNICOMPRENSIVO

Largo Mazzini, 1 - 65013 Città Sant'Angelo (Pe)
Tel.: 085/9699052 – 085/9699776 fax: 085/960719
C.F. 91111420682 – Cod. Mec. PEIS00400Q – Cod. Univoco UFDD4P
PEO: peis00400q@istruzione.it - PEC: peis00400q@pec.istruzione.it
Sito WEB: www.omnicomprensivocsangelo.edu.it

ISTITUTO OMNICOMPRENSIVO - CITTA' SANT'ANGELO
Prot. 0013313 del 31/08/2024
VII (Uscita - Riservato)

Allegato al Piano Annuale per l'Inclusione

PROTOCOLLO PER L'ACCESSO IN CLASSE DI SPECIALISTI/TERAPISTI E PSICOLOGO/A SPORTELLO D'ASCOLTO IN ORARIO CURRICULARE

Premessa

Per favorire il percorso di inclusione, con il presente Protocollo si intendono regolamentare gli accessi nelle classi di terapisti/specialisti (pubblici e privati) che seguono alunni/e con disabilità presenti nella scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di primo grado per effettuare osservazioni e fornire supporto attraverso la messa in rete delle figure professionali di riferimento dell'alunno e della sua famiglia e quindi costruire una rete di collaborazione e di raccordi tra operatori sanitari, sociali, educativi e famiglie e per dare una concreta attuazione all'inclusione scolastica e sociale.

L'esigenza di formalizzare le procedure da attivare 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.

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

Il progetto, 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, gli specialisti/terapisti e lo/a psicologo/a dello Sportello d'Ascolto.

Il presente protocollo è allegato al Piano Annuale per l'Inclusione.

Art. 1- Accesso di specialisti e terapisti indicati dalle famiglie

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

Le attività di osservazione richieste dovranno essere preventivamente condivise in una riunione di GLO a cui partecipano tutti i soggetti che ne hanno titolo (famiglia, docenti, operatori sanitari pubblici e/o accreditati) e nella quale saranno condivisi gli aspetti progettuali da attuare: finalità, obiettivi, durata del percorso, metodi e strumenti.

Art. 2 – Finalità

Tali attività hanno inoltre l'obiettivo di:

- a) favorire il percorso di inclusione;
- b) consentire un miglior perseguimento del percorso formativo-didattico ed educativo;
- c) facilitare i contatti tra scuola e terapisti/ specialisti;
- d) favorire la collaborazione tra Enti;
- e) essere di supporto ai professionisti della scuola.



ISTITUTO OMNICOMPRENSIVO

Largo Mazzini, 1 - 65013 Città Sant'Angelo (Pe)

Tel.: 085/9699052 – 085/9699776 fax: 085/960719

C.F. 91111420682 – Cod. Mec. PEIS00400Q – Cod. Univoco UFDD4P

PEO: peis00400q@istruzione.it - PEC: peis00400q@pec.istruzione.it

Sito WEB: www.omnicomprensivocsangelo.edu.it

Art. 3 – Procedura

- a. Richiesta da parte dei genitori (o di chi esercita la responsabilità genitoriale) per l'accesso del terapeuta/specialista, consegnata/inviata agli uffici della segreteria didattica (Modello A).
- b. Progetto di osservazione del terapeuta stilato su carta intestata della struttura o del/la professionista che dovrà contenere le informazioni da concordare con i docenti e con il Dirigente Scolastico, quali (Modello B):
 - motivazione dettagliata dell'osservazione;
 - finalità, obiettivi e modalità dell'osservazione;
 - durata del progetto (data di inizio e di fine);
 - proposta di calendario dettagliato (giorno e orario di accesso ed uscita dalla classe e dalla scuola) da concordare con i docenti;
 - garanzia di flessibilità organizzativa in relazione alle necessità organizzative della scuola;
 - impegno esplicito a svolgere le attività di osservazione nelle modalità più discrete possibili, al fine di non interferire nell'attività della classe di appartenenza dell'alunno;
 - impegno esplicito a consegnare e condividere con i docenti coinvolti e la famiglia un report dell'osservazione effettuata che verrà inserito nel Fascicolo Personale dell'alunno osservato.
- c. Al progetto dovranno essere allegati:
 - documento di identità in corso di validità dello specialista/terapeuta;
 - Curriculum Vitae dello specialista/terapeuta;
 - autocertificazione relativa al certificato generale del casellario giudiziale, dei carichi penali pendenti e antipedofilia (Modello D);
 - dichiarazione di rispetto della normativa sulla privacy in riferimento a tutte le informazioni di cui il/la terapeuta/specialista dovesse venire a conoscenza relativamente agli alunni, ai docenti, al personale della scuola e all'organizzazione dell'Istituto (Modello E);
 - informativa privacy (modello F).
- d. Il DS fornirà informativa del progetto ai genitori della classe/sezione. (Modello C).
- e. Il progetto dovrà essere sottoscritto da entrambi i genitori o da chi esercita la responsabilità genitoriale.
- f. Un incontro tecnico-organizzativo sarà organizzato per la definizione del progetto entro 15 giorni dalla richiesta da parte dei genitori (le richieste sono soggette alla verifica della disponibilità dei docenti al di fuori del proprio orario di servizio).
- g. Nessun pagamento è dovuto dalla scuola al terapeuta/specialista.

Art. 4 - Il professionista

Il/La terapeuta/specialista, una volta autorizzato/a, dovrà limitarsi all'osservazione degli elementi concordati, dovrà rispettare il diritto degli/le allievi/e alla tutela della privacy, dovrà garantire il rispetto del segreto degli atti di ufficio, rispettare la libertà di insegnamento dei docenti.

Le attività di osservazione dovranno avvenire nelle modalità più discrete possibili, al fine di non interferire nella attività della classe di appartenenza dell'alunno/a.

Il terapeuta/specialista non potrà utilizzare i locali della scuola per nessun tipo di terapia in nessun momento dell'anno scolastico.

I risultati delle osservazioni dovranno essere condivisi con tutti i docenti del Consiglio di Classe e in sede di GLO.



ISTITUTO OMNICOMPRESIVO

Largo Mazzini, 1 - 65013 Città Sant'Angelo (Pe)

Tel.: 085/9699052 – 085/9699776 fax: 085/960719

C.F. 91111420682 – Cod. Mec. PEIS00400Q – Cod. Univoco UFDD4P

PEO: peis00400q@istruzione.it - PEC: peis00400q@pec.istruzione.it

Sito WEB: www.omnicomprensivocsangelo.edu.it

Art. 5 – Psicologo/a Sportello d'Ascolto d'istituto

In caso di necessità, sarà consentito l'accesso in classe/sezione allo/a psicologo/a dello Sportello di Ascolto dell'Istituto per attività di osservazione.



ISTITUTO OMNICOMPRESIVO

Largo Mazzini, 1 - 65013 Città Sant'Angelo (Pe)

Tel.: 085/9699052 – 085/9699776 fax: 085/960719

C.F. 91111420682 – Cod. Mec. PEIS00400Q – Cod. Univoco UFDD4P

PEO: peis00400q@istruzione.it - PEC: peis00400q@pec.istruzione.it

Sito WEB: www.omnicomprensivocsangelo.edu.it

Modello A

RICHIESTA DEI GENITORI (o di chi esercita la responsabilità genitoriale)

Al Dirigente Scolastico Omnicomprensivo

I sottoscritti _____ e _____
genitori dell'alunno/a _____ frequentante la
Scuola primaria secondaria di primo grado liceo plesso di
via _____, classe/seziona _____

CHIEDONO

l'accesso nella classe suddetta il/la terapeuta/specialista dott./dott.ssa
_____ per effettuare attività di osservazione dell/la proprio/a
figlio/a durante l'orario didattico come da progetto allegato alla presente.

Nessun pagamento è dovuto dalla scuola al terapeuta/specialista.

Città Sant'Angelo, _____

Firma dei genitori/esercenti la responsabilità genitoriale



ISTITUTO OMNICOMPRESIVO

Largo Mazzini, 1 - 65013 Città Sant'Angelo (Pe)
Tel.: 085/9699052 – 085/9699776 fax: 085/960719
C.F. 91111420682 – Cod. Mec. PEIS00400Q – Cod. Univoco UFDD4P
PEO: peis00400q@istruzione.it - PEC: peis00400q@pec.istruzione.it
Sito WEB: www.omnicomprensivocsangelo.edu.it

Modello B

PROGETTO DI OSSERVAZIONE IN CLASSE

(da compilare su carta intestata dello/a specialista/terapista o della struttura)

Al Dirigente Scolastico Omnicomprensivo

Alunno/a _____ classe/sezione _____ plesso via _____

➤ Motivazione dettagliata dell'osservazione _____

➤ Finalità _____

➤ Obiettivi _____

➤ Modalità dell'osservazione _____

➤ Durata del progetto (data di inizio e di fine) _____

➤ Calendario dettagliato: giorno e orario di accesso ed uscita dalla classe e dalla scuola _____

➤ Altro/Eventuali allegati: _____

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 CdC/Team docenti.

Il/La sottoscritto/a dichiara che nessun pagamento è dovuto dalla scuola.

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.



ISTITUTO OMNICOMPRESIVO

Largo Mazzini, 1 - 65013 Città Sant'Angelo (Pe)

Tel.: 085/9699052 – 085/9699776 fax: 085/960719

C.F. 91111420682 – Cod. Mec. PEIS00400Q – Cod. Univoco UFDD4P

PEO: peis00400q@istruzione.it - PEC: peis00400q@pec.istruzione.it

Sito WEB: www.omnicomprensivocsangelo.edu.it

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.

Città Sant'Angelo, _____

Firma del/la terapeuta/specialista

Firma dei genitori/esercenti la responsabilità genitoriale



ISTITUTO OMNICOMPRESIVO

Largo Mazzini, 1 - 65013 Città Sant'Angelo (Pe)

Tel.: 085/9699052 – 085/9699776 fax: 085/960719

C.F. 91111420682 – Cod. Mec. PEIS00400Q – Cod. Univoco UFDD4P

PEO: peis00400q@istruzione.it - PEC: peis00400q@pec.istruzione.it

Sito WEB: www.omnicomprensivocsangelo.edu.it

Modello C

NOTA INFORMATIVA PER L'ACCESSO IN CLASSE DI SPECIALISTI/TERAPISTI E PSICOLOGO/A DELLO SPORTELLINO D'ASCOLTO IN ORARIO CURRICOLARE

La Dirigente Scolastica informa i genitori della classe/sezione _____ che, in base *Protocollo per l'accesso in classe di specialisti/terapisti/psicologo sportello d'ascolto dell'istituto in orario curricolare* sarà presente in classe/sezione un/a terapeuta/specialista impegnato/a nell'osservazione di un/a alunno/a presente nella classe/sezione, secondo un preciso calendario concordato con la scuola e passibile di modifiche in caso di necessità.

Il/la terapeuta/specialista si adegnerà 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.

La Dirigente Scolastica



ISTITUTO OMNICOMPENSIVO

Largo Mazzini, 1 - 65013 Città Sant'Angelo (Pe)
Tel.: 085/9699052 – 085/9699776 fax: 085/960719
C.F. 91111420682 – Cod. Mec. PEIS00400Q – Cod. Univoco UFDD4P
PEO: peis00400q@istruzione.it - PEC: peis00400q@pec.istruzione.it
Sito WEB: www.omnicomprensivocsangelo.edu.it

Modello D

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

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____
il _____, residente nel Comune di _____ Prov. _____
CAP _____ via/piazza _____ Codice Fiscale _____
nella sua qualità di _____ della ditta _____
con sede nel Comune di _____ Prov. _____ CAP _____
via/piazza _____ Codice Fiscale/Partita IVA _____

consapevole 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

DICHIARA

1) che dal Certificato Generale del Casellario Giudiziale della Procura della Repubblica presso il Tribunale di _____ risulta a proprio carico:

- NULLA
 oppure:

2) che dal Certificato dei Carichi Pendenti presso la Procura della Repubblica presso il Tribunale di _____ risulta a proprio carico:

- NULLA
 oppure:

3) Di non aver riportato a suo carico condanne per nessuno dei reati di cui agli articoli 600-bis, 600-ter, 600-quater, 600-quinquies e 609-undecies del Codice Penale, ovvero irrogazione di sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori.

4) Che non è mai stata pronunciata, nei confronti del/la sottoscritto/a, 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;

5) Che nei confronti del/la sottoscritto/a 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.



ISTITUTO OMNICOMPENSIVO

Largo Mazzini, 1 - 65013 Città Sant'Angelo (Pe)

Tel.: 085/9699052 – 085/9699776 fax: 085/960719

C.F. 91111420682 – Cod. Mec. PEIS00400Q – Cod. Univoco UFDD4P

PEO: peis00400q@istruzione.it - PEC: peis00400q@pec.istruzione.it

Sito WEB: www.omnicomprensivocsangelo.edu.it

Allega alla presente copia di un documento di identità in corso di validità.

Città Sant'Angelo, _____

Firma del/la terapeuta/specialista



ISTITUTO OMNICOMPRESIVO

Largo Mazzini, 1 - 65013 Città Sant'Angelo (Pe)
Tel.: 085/9699052 – 085/9699776 fax: 085/960719
C.F. 91111420682 – Cod. Mec. PEIS00400Q – Cod. Univoco UFDD4P
PEO: peis00400q@istruzione.it - PEC: peis00400q@pec.istruzione.it
Sito WEB: www.omnicomprensivocsangelo.edu.it

Modello E

DICHIARAZIONE DI IMPEGNO ALLA RISERVATEZZA (TERAPISTA/SPECIALISTA)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____
il _____, residente nel Comune di _____ Prov. _____
CAP _____ via/piazza _____ Codice Fiscale _____
nella sua qualità di _____ dell'alunno/a _____
frequentante la classe/sezione _____ della scuola primaria media liceo
plesso di via _____, in nome proprio, nonché, ai sensi dell'art. 1381 c.c.,

SI IMPEGNA A

- considerare i dati e le informazioni confidenziali e riservate di cui dovesse venire a conoscenza nell'espletamento della propria attività come strettamente private;
- ad adottare tutte le misure finalizzate a mantenere la riservatezza di tali dati e informazioni;
- non utilizzare i dati e le informazioni confidenziali e riservate di cui dovesse venire a conoscenza di cui dovesse venire a conoscenza nell'espletamento della propria attività;
- non divulgarle a soggetti terzi i dati e le informazioni confidenziali e riservate di cui dovesse venire a conoscenza di cui dovesse venire a conoscenza nell'espletamento della propria attività;
- non usare tali dati e informazioni in modo da poter arrecare qualsivoglia tipo di danno ai soggetti coinvolti e/o all'Istituzione Scolastica ospitante;
- non utilizzare in alcun modo i dati e le informazioni confidenziali e riservate di cui dovesse venire a conoscenza nell'espletamento della propria attività per scopi diversi dall'attività svolta;
- 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 tutti i dati e le informazioni acquisite nell'espletamento della propria attività non siano in alcun modo, in alcun caso e per nessuna ragione utilizzate a proprio o altrui profitto e/o divulgate e/o riprodotte e/o comunque rese note a soggetti terzi.

Città Sant'Angelo, _____

Firma del/la terapeuta/specialista



ISTITUTO OMNICOMPENSIVO

Largo Mazzini, 1 - 65013 Città Sant'Angelo (Pe)

Tel.: 085/9699052 – 085/9699776 fax: 085/960719

C.F. 91111420682 – Cod. Mec. PEIS00400Q – Cod. Univoco UFDD4P

PEO: peis00400q@istruzione.it - PEC: peis00400q@pec.istruzione.it

Sito WEB: www.omnicomprensivocsangelo.edu.it

MODELLO F

INFORMATIVA

per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art 13 del Regolamento europeo n. 679/2016

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento europeo n. 679/2016, l'Istituto Omnicomprensivo di Città Sant'Angelo, in qualità di "Titolare" del trattamento, è tenuto a fornirle informazioni in merito all'utilizzo dei suoi dati personali, il cui trattamento sarà improntato ai principi di liceità e trasparenza, a tutela della vostra riservatezza e dei vostri diritti.

Vi forniamo, quindi, le seguenti informazioni sul trattamento dei dati più sopra menzionati:

1. Tutti i dati voi da Voi forniti, nell'ambito del rapporto con la presente istituzione scolastica, verranno trattati esclusivamente per le finalità istituzionali della scuola, che sono quelle relative all'istruzione e alla formazione degli alunni e quelle amministrative ad esse strumentali, incluse le finalità relative alla conclusione di contratti di fornitura di beni e/o servizi e/o di concessione di beni e servizi, così come definite dalla normativa vigente (D. Lgs. n. 297/1994, D.P.R. n. 275/1999; Decreto Interministeriale 27 agosto 2018, n. 129 e le norme in materia di contabilità generale dello Stato; D. Lgs. n. 165/2001, Legge 13 luglio 2015 n. 107, D. Lgs. 50/2016 e tutta la normativa e le prassi amministrative richiamate e collegate alle citate disposizioni).
2. Il conferimento dei dati richiesti è obbligatorio in quanto previsto dalla normativa citata al precedente punto 1; l'eventuale rifiuto a fornire tali dati potrebbe comportare il mancato perfezionamento o mantenimento dei contratti più sopra menzionati.
3. Il trattamento sarà effettuato sia con strumenti cartacei che elettronici, nel rispetto delle misure di sicurezza indicate dal Codice e delle altre individuate ai sensi del Regolamento; i dati verranno conservati secondo le indicazioni delle Regole tecniche in materia di conservazione digitale degli atti definite da AGID e nei tempi e nei modi indicati dalle Linee Guida per le Istituzioni scolastiche e dai Piani di conservazione e scarto degli archivi scolastici definiti dalla Direzione Generale degli Archivi presso il Ministero dei Beni Culturali.
4. I dati personali più sopra evidenziati potranno essere trattati, solo ed esclusivamente per le finalità istituzionali della scuola, anche se raccolti non presso l'Istituzione scolastica, ma presso il Ministero dell'Istruzione e le sue articolazioni periferiche, presso altre Amministrazioni dello Stato, presso Regioni e enti locali.
5. I dati personali potranno essere comunicati a soggetti pubblici secondo quanto previsto dalle disposizioni di legge e di regolamento di cui al precedente punto 1.
6. Il Titolare del trattamento è l'Istituto Omnicomprensivo di Città Sant'Angelo rappresentato dal dirigente scolastico Prof.ssa Lorella Romano.
7. Il Responsabile della Protezione dei Dati Personali (RPD/DPO) è il dott. Lucio Lombardi
8. Al Titolare del trattamento o al Responsabile Lei potrà rivolgersi senza particolari formalità, per far valere i suoi diritti, così come previsto dall'articolo 7 del Codice (e dagli articoli collegati), e dal Capo III del Regolamento.
9. Il conferimento dei suoi dati è facoltativo, ma necessario per le finalità sopra indicate. Il mancato conferimento comporterà l'impossibilità di completare l'istruttoria della sua domanda e pertanto l'esclusione dalla procedura finalizzata a: servizio di supporto psicologico nell'Istituzione scolastica "Sportello di Ascolto Psicologico".

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver ricevuto l'informativa che precede.

Città Sant'Angelo, _____, lì

Firma _____

Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta

esprimo il consenso

NON esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali.

esprimo il consenso

NON esprimo il consenso alla comunicazione dei miei dati personali ad enti pubblici o altri soggetti per le finalità indicate nell'informativa.

Firma _____