DIREZIONE DIDATTICA STATALE 1 CIRCOLO DI QUARTO (NA) - Protocollo 0010098/2021 del 03/11/2021

1° Circolo Didattico di Quarto

DIREZIONE DIDATTICA STATALE
1° CIRCOLO DI QUARTO
AMBITO NA-16 – VIA PRIMO MAGGIO N. 4 – QUARTO (NA) – TEL./FAX 081 8761777 – 081 8768852
CODICE MECCANOGRAFICO: NAEE17300N - CODICE FISCALE: 80029800630
Email: naee17300n@istruzione.it - naee17300n@pec.istruzione.it
SITO WEB: https://www.primocircoloquarto.edu.it

PROTOCOLLO ACCESSO TERAPISTI IN ORARIO CURRICOLARE

(allegato al Piano Annuale per l'Inclusione)
approvato con Delibera n. 175
nella seduta del Consiglio di Circolo del 03.11.2021

PREMESSA

Il 1° Circolo Didattico di Quarto consente gli accessi dei terapisti (pubblici e privati) per osservazioni e supporto agli alunni disabili presenti nella scuola dell'infanzia e primaria 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.
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 e di intervento previste dal Progetto predisposto dal terapista verranno condivise nella prima riunione utile del GLO degli alunni interessati.
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 Team di classe.
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.

Accesso terapisti per interventi di osservazione o di supporto all'alunno
Azioni da mettere in atto:

1. I genitori/esercenti potestà genitoriale (entro il termine di 15 giorni precedenti all'accesso) chiedono l'accesso del terapista, mediante la presentazione di apposita istanza al Dirigente scolastico e contestualmente acconsentono che nella circolare informativa per i genitori sia scritto **"per attività di osservazione legate ad un componente della classe" (Modello A).** L'istanza va presentata presso gli Uffici della Segreteria didattica, previo appuntamento da concordare telefonicamente.
Tale istanza va presentata unitamente al Progetto di osservazione del terapista (su carta intestata dell'Associazione/Ente/Centro in caso di appartenenza ad una di essi) che dovrà contenere le seguenti informazioni:
- Motivazione dettagliata dell'osservazione
- Finalità; obiettivi, modalità dell'osservazione;
- Durata del percorso (inizio e fine)
- Giorno ed orario di accesso/i
- Garanzia di flessibilità organizzativa.

Il progetto dovrà essere sottoscritto anche dai genitori/esercenti potestà genitoriale dell'alunno.
Alla domanda dovrà essere allegato documento di identità in corso di validità dello specialista che effettuerà l'osservazione.

2. Il Dirigente scolastico, dopo avere valutato, assieme al coordinatore di classe, all'insegnante di sostegno e alla Funzione strumentale Area 3 Inclusione, l'istanza presentata dai genitori/esercenti potestà genitoriale ed il Progetto di osservazione del terapista, risponde con atto di autorizzazione oppure di diniego.
3. A seguito di provvedimento di autorizzazione all'intervento, il Dirigente scolastico sottoscrive con lo specialista interessato apposito contratto di collaborazione a titolo gratuito. In forza del succitato contratto, con successivo atto, il Dirigente scolastico nomina lo specialista quale responsabile esterno del trattamento ai sensi dell'art. 28 del RGPD UE 2016/679. Qualora lo specialista sia appartenente ad Associazione/Ente/Centro, il Dirigente sottoscrive una Convenzione a titolo non oneroso con l'Associazione/Ente/Centro cui lo specialista afferisce; in forza della succitata Convenzione, con successivo atto, il Dirigente scolastico nomina l'Associazione/Ente/Centro quale responsabile esterno del trattamento ai sensi dell'art. 28 del RGPD UE 2016/679, assorbendo in tale nomina qualsivoglia operatore a qualsiasi titolo afferente all'Associazione/Ente/Centro partner della Convenzione.
4. Il Dirigente scolastico acquisisce sottoscrizione di informativa sull'accesso di personale esterno **(Modello B)** da parte dei genitori di tutti gli altri alunni della classe.
4. Prima dell'accesso, il terapista è tenuto a sottoscrivere autodichiarazione di assenza di condanne penali.
5. Al termine dell'intervento di osservazione, il terapista si impegna a consegnare e condividere in una riunione con i docenti coinvolti e la famiglia un report dell'osservazione effettuata o del supporto/intervento, che verrà inserito nel Fascicolo Personale dell'alunno.

Incontri tecnici con personale della scuola in modalità telematica

Qualora i genitori e/o il terapista ravvisino l'esigenza di un incontro tecnico con il personale della scuola, si procederà con i seguenti passaggi:

1. Genitori/esercenti potestà genitoriale e terapista formulano richiesta congiunta contenente la motivazione dell'incontro **(Modello C)**.
2. La scuola, nel termine di 15 giorni dalla richiesta, programmerà data ed orario dell'incontro in modalità telematica mediante la Piattaforma di Istituto *Google Workspace for Education*, e ne darà comunicazione telefonica ai genitori/esercenti potestà genitoriale e al terapista.
3. La Funzione Strumentale Area 3 Inclusione verbalizzerà in forma scritta l'incontro. Il verbale sarà firmato da tutti i presenti all'incontro.

Misure per il contrasto e il contenimento del contagio da Covid-19

In ossequio alle disposizioni normative relative al contenimento del rischio Covid-19, nonché ai Regolamenti adottati e alle circolari dispositive emanate dal 1° Circolo di Quarto in ordine alle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Sars Cov-2, i terapisti hanno l'obbligo:

- di **esibire la "certificazione verde COVID-19 – GREEN PASS"** (ovvero la certificazione di esenzione dalla vaccinazione) **al personale scolastico preposto al controllo**, ai sensi del **Decreto Legge n.111/2021** e **Decreto Legge 10 settembre 2021, n. 122**; in caso contrario non è possibile l'accesso nei locali scolastici;
- di registrarsi all'ingresso a scuola e sottoporsi a misurazione della temperatura corporea;
- di rimanere al proprio domicilio in presenza di febbre (oltre 37,5°) o altri sintomi simil influenzali e di chiamare il proprio medico di famiglia;
- di informare tempestivamente e responsabilmente gli uffici di segreteria scolastica della presenza di qualsiasi sintomo influenzale durante l'espletamento della prestazione lavorativa avendo cura di rimanere ad adeguata distanza dalle persone presenti;
- di utilizzare i seguenti DPI: mascherina chirurgica e visiera;
- di adottare tutte le precauzioni igieniche in particolare la frequente sanificazione delle mani;
- di restare ad adeguata distanza dagli altri individui presenti all'interno dell'aula;
- di non sostare negli spazi comuni.

Modello A – Richiesta Ingresso Terapista

Al Dirigente Scolastico
del 1° Circolo Didattico di Quarto (Na)

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

Il sottoscritto _____
nato a _____ il ___/___/___
C.F. __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __
E La sottoscritt_____
nata a _____ il ___/___/____
C.F. __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __
Recapito telefonico _____
Email _____
genitori dell'alunno/a _____
nato/a a_____ il _____
C.F. _____
iscritto/a nel corrente anno scolastico presso il 1° Circolo Didattico di Quarto (Na),
grado scolastico ☐ Infanzia plesso ☐ Compagna ☐ Dalla Chiesa sez. ____
grado scolastico ☐ Primaria plesso ☐ Azzurra ☐ Siani ☐ Viviani - Classe/sez. ____

CHIEDIAMO

che il/la dottore/dottoressa_____,
in qualità di_____
facente parte dell'_____
possa entrare nella classe per effettuare l'osservazione della/del nostra/o figlia/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, ___/___/_____

Si allegano:

- **Progetto del terapista**
- **Documento di identità in corso di validità del terapista**

*Firma di entrambi i genitori/Tutori del minore

_____

_____

***** 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 445/2000, 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".

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 della legge 196/2003 e al nuovo regolamento GDPR europeo.

☐ **Si concede**
☐ **Non si concede**

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Stefania Albiani

1° Circolo Didattico di Quarto

DIREZIONE DIDATTICA STATALE
1° CIRCOLO DI QUARTO
AMBITO NA-16 – VIA PRIMO MAGGIO N. 4 – QUARTO (NA) – TEL./FAX 081 8761777 – 081 8768852
CODICE MECCANOGRAFICO: NAEE17300N - CODICE FISCALE: 80029800630
Email: naee17300n@istruzione.it - naee17300n@pec.istruzione.it
SITO WEB: https://www.primocircoloquarto.edu.it

Modello B – Informativa accesso terapista Genitori

Prot. n. _____/_____ del ___/___/_____

INGRESSO TERAPISTI PRIVATI

Si informano i genitori che dal _____ al _____sarà presente in classe il dottor / la dottoressa _____per l'osservazione di un componente della classe.
Quarto, ___/___/_____

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Stefania Albiani

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 di entrambi i genitori/Tutori del minore

_____

_____

***** 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 445/2000, 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".

Modello C – Richiesta incontro tecnico

Al Dirigente Scolastico
del 1° Circolo Didattico di Quarto (Na)

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

Il sottoscritto _____
nato a _____ il ___/___/___
C.F. __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __
E La sottoscritt_____
nata a _____ il ___/___/___
C.F. __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __
Recapito telefonico _____
Email _____
genitori dell'alunno/a _____
nato/a a_____ il _____
C.F. _____
iscritto/a nel corrente anno scolastico presso il 1° Circolo Didattico di Quarto (Na),
grado scolastico ☐ Infanzia plesso ☐ Compagna ☐ Dalla Chiesa sez. ____
grado scolastico ☐ Primaria plesso ☐ Azzurra ☐ Siani ☐ Viviani - Classe/sez. ____

CHIEDONO

che il dottor _____, in qualità di _____facente parte dell'associazione_____,
possa partecipare ad un incontro tecnico in modalità telematica con _____

Data ___/___/_____

*Firma di entrambi i genitori/Tutori del minore

_____
_____

***** 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 445/2000, 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".

Firma del terapista

_____

**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.*