*Ministero dell'Istruzione e del Merito*
**ISTITUTO COMPRENSIVO "MEDAGLIE D'ORO"**
via Paolo Vocca, 12 - Tel 089.792660 - Cod. meccanografico SAIC8B500Q - C.F.: 95182800656 - C.U. NYHWNB
*email PEO* saic8b500q@istruzione.it - *PEC* saic8b500q@pec.istruzione.it - Sito web: www.icmedagliedoro.edu.it

ISTITUTO COMPRENSIVO - "MEDAGLIE D'ORO"-SALERNO
Prot. 0001190 del 07/02/2023
IV (Uscita)

**Al Consiglio di Istituto**
**Atti**

# PROTOCOLLO

# PER L'ACCESSO TERAPISTI/SPECIALISTI SANITARI IN ORARIO CURRICULARE E/O PARTECIPAZIONE GLH OPERATIVO



Nell'ambito dell'accesso di terapisti/specialisti in ambito curriculare le implicazioni privacy derivano da tre aspetti:

1) Il docente può essere interferito nelle sue attività da persone esterne.
2) Il professionista esterno può venire a conoscenza di informazioni che non lo riguardano in quanto riferibili agli altri alunni.
3) La riservatezza appunto degli altri alunni.

Ritenuto che, è necessario/auspicabile 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, per ciò che attiene la privacy occorre:

1) Raccomandazione al professionista esterno alla massima discrezione al fine di non interferire nella attività della classe di appartenenza dell'alunno. Il professionista esterno deve pertanto firmare un patto di riservatezza per tutte le informazioni di cui può venire a conoscenza che non riguardano l'alunno assistito. È bene valutare i carichi pendenti del professionista esterno (al fine della sicurezza) attraverso una sua autodichiarazione resa ai sensi del Testo Unico sulla documentazione amministrativa. Il professionista esterno DEVE avere copertura assicurativa.
2) Richiesta all'Istituto, da parte dei tutori dell'alunno che necessità di assistenza, di accogliere il professionista esterno durante l'attività curricolare e/o durante l'attività previste per il GLH operativo.
3) Informativa/autorizzazione da parte dei tutori degli altri alunni.
4) Dichiarazione dei docenti per l'assenso alla presenza in aula e impegno a comunicare ai tutori degli alunni della sua classe la presenza di un professionista esterno durante le attività curriculari.
5) Al professionista viene rilasciata informativa ai sensi dell'art.13 del GDPR per il trattamento dei dati eseguiti dalla scuola e che lo riguardano.

# PROTOCOLLO ACCESSO TERAPISTI/SPECIALISTI SANITARI IN ORARIO CURRICOLARE

(allegato al Piano Annuale per l'Inclusione)

Approvato con Delibera n. 106 nella seduta del Consiglio di Istituto del 30/11/2022

Ai genitori interessati
Al personale ATA
Al sito web/avvisi/Modulistica/genitori
Atti

Oggetto: Accesso terapisti e/o specialisti privati in orario curriculare e/o partecipazione al GLH Operativo.

Considerate le richieste che pervengono a quest'ufficio relativamente all'accesso a scuola di specialisti del settore e/o terapisti che seguono alunni con disabilità e/o in difficoltà, vista l'esigenza di individuare modalità e strumenti per la rilevazione e la gestione comune delle situazioni di disagio dei minori, con la presente nota si intendono regolamentare gli accessi del personale suddetto per effettuare osservazioni e fornire supporto agli alunni presenti nelle scuole dell'Istituto anche ai fini della partecipazione al GLH operativo.

L'Istituto consente l'accesso dei TERAPISTI/SPECIALISTI SANITARI (pubblici e privati) per osservazioni e supporto agli alunni presenti nella scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di primo grado, 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.

Tali attività hanno inoltre l'obiettivo di: a) facilitare i contatti tra scuola e specialisti; b) condividere la complessa presa in carico di un minore; c) favorire la collaborazione tra Enti; d) essere di supporto ai professionisti della scuola; e) fornire strumenti adeguati per la lettura delle situazioni supportando le famiglie; f) ridurre il rischio di sovrapposizione di ruoli e competenze.

È necessaria 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.

Le attività di osservazione e di intervento verranno condivise nella prima riunione di GLH Operativo (per gli alunni con disabilità) o nella prima riunione tecnica a cui partecipano tutti gli attori previsti: famiglia, docenti, operatori sanitari pubblici e/o accreditati e/o privati, in cui verrà definita e condivisa la progettualità messa in atto: durata del percorso; finalità, obiettivi e modalità.

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

Si premette che, vista l'emergenza COVID-19, l'ingresso in classe sarà possibile garantendo la distanza di sicurezza e ad avvenuta verifica del possesso del GREEN PASS. Si sintetizzano di seguito le procedure contenute nello specifico protocollo allegato corredato dai modelli da utilizzare.

## ACCESSO DI TERAPISTI/SPECIALISTI SANITARI PER INTERVENTI DI OSSERVAZIONE O DI SUPPORTO ALL'ALUNNO O PARTECIPAZIONE GLO

Azioni da mettere in atto:

### GENITORI:

- Richiesta da parte dei genitori (entro il mese precedente all'accesso) che richiedono l'accesso alla classe del terapista/specialista sanitario e la relativa partecipazione al GLH Operativo, consegnata agli Uffici della Segreteria didattica.
- (ESCLUSIVAMENTE PER TERAPISTA) In allegato alla richiesta, Progetto di osservazione del terapista (su carta intestata dell'Associazione in caso di appartenenza) che dovrà contenere le informazioni che sono state concordate nella riunione tecnica o nella riunione di GLH Operativo con i docenti. In particolare:
    - motivazione dettagliata dell'osservazione;
    - finalità, obiettivi, modalità dell'osservazione;
    - durata del percorso (inizio e fine);
    - giorno e orario di accesso/i;
    - garanzia di flessibilità organizzativa.

  Il progetto deve essere sottoscritto anche dai genitori dell'alunno.

### DIRIGENTE SCOLASTICO

- Il DS informerà gli insegnanti della classe/sezione riguardo le figure professionali in ingresso che effettueranno l'attività di osservazione. Inoltre, acquisirà sottoscrizione di informativa sull'accesso di personale esterno da parte dei genitori di tutti gli alunni della classe.
- Il DS esprimerà l'autorizzazione all'accesso in forma scritta, che verrà comunicata tramite gli uffici di Segreteria prima della data di accesso.

### TERAPISTA/SPECIALISTA SANITARIO

Prima dell'accesso nella classe, il terapista/specialista sanitario 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, dovrà essere coperto da personale polizza assicurativa, da presentare all'istituzione scolastica, 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. In segreteria dovrà essere rilasciato curriculum vitae e documento di riconoscimento.

Successivamente all'intervento, 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. Tale report verrà discusso nelle successive riunioni tecniche o GLH Operativi a cui siano presenti operatori del territorio per aumentare l'efficacia degli interventi nei confronti dei bambini.

Il Dirigente Scolastico
*Dott. Emilio Costabile*
*Firma autografa sostituita da indicazione a stampa*
*ai sensi dell'art. 3 comma 2 del D.Lvo. n. 39/1993*

**Allegato 1**

Al Dirigente Scolastico

DICHIARAZIONE PERSONALE (Docente)

Il/La sottoscritto/a,_____in qualità di insegnante di scuola primaria/ scuola dell'infanzia in servizio presso l'Istituto _____

Vista la richiesta di collaborazione formulata dalla famiglia, in merito alla presenza di un terapista/specialista sanitario, in qualità di esperto esterno, per l'alunno/a _____;

- ***in*** considerazione del Progetto di osservazione che verrà approntato (se terapista);
- in considerazione della documentazione presentata dalla famiglia (se specialista sanitario);

**DICHIARA**

- di essere a conoscenza della presenza del terapista/specialista sanitario in orario curricolare;
- di informare 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.

Data _____ Firma

_____

**Allegato 2**
**Informativa Genitori**

## INGRESSO TERAPISTI E/O ASSISTENTI EDUCATIVI

**Si informano i genitori della classe/sez._____, plesso_____, che dal giorno _____sarà presente in classe il terapista/educatore _____ ,**

per n.___ore settimanali, **per l'osservazione di un componente della classe.**

Si precisa, a garanzia del distanziamento sociale e delle norme di sicurezza Covid-19, che l'operatore esterno lavorerà in classe in COMPRESENZA con il docente specializzato di sostegno e/o di sezione.

————————————————————————————————————————

**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/la terapista suindicato e di essere d'accordo con tale presenza, in quanto essa non danneggia, anzi arricchisce l'attività didattica della classe/ sezione. Inoltre, dichiaramo di essere stati informati che il terapista/lo specialista sanitario si adeguerà al rispetto della tutela della riservatezza della privacy, ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30.06.2003 (Codice Privacy), non diffondendo alcuna informazione relativa alle attività degli alunni presenti nella sezione/classe. Esprimiamo, pertanto, il proprio consenso con la sottoscrizione della presente dichiarazione.

Data_____ **Firma dei genitori ***

_____

_____

**Allegato 3**

# 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)

Il/la sottoscritto/a ……..

nato/a a …… prov. …… il ……

residente in …… prov. …….. alla via ……

codice fiscale …… in qualità di ……..

dell'Associazione ……

con sede legale in via ……

partita IVA/codice fiscale ……

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000,

**DICHIARA**

ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità:

- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa, ovvero irrogazione di sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori.
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali.
- 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.

Data ___/___/___ FIRMA

_____

(allegare documento identità)

**Allegato 4**

## DICHIARAZIONE DI IMPEGNO ALLA RISERVATEZZA
## (Terapista/Specialista sanitario)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____ CF_____

in qualità di dell'alunno/a_____

frequentante la sezione/classe _____

dell'Istituto _____

**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.

_____lì _____

Firma

_____

**Allegato 5**

**RICHIESTA DEI GENITORI INGRESSO TERAPISTA**

Al Dirigente Scolastico

I sottoscritti _____

genitori dell'alunno/a _____

frequentante la classe _____ sezione _____ plesso _____

**CHIEDONO**

di poter far entrare nella classe _____ sezione _____ il/la terapista/specialista dott./dott.ssa _____
per il/la proprio/a figlio/a durante l'orario didattico per l'attività definita dal progetto allegato dello specialista e di farlo partecipare ai GLH Operativi.

**AUTORIZZANO**

la Scuola a predisporre una circolare informativa per i genitori della classe, in cui sia indicato che **la presenza del terapista esterno è legata ad un'attività di osservazione di un componente della classe**.

_____, lì __/__/___ Firma* _____

Firma*_____

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

---

*AUTORIZZAZIONE /NON AUTORIZZAZIONE*

autorizza/non autorizza

_____, lì ____/___/_____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

_____

**Allegato 6**

## PROGETTO DI OSSERVAZIONE IN CLASSE

Al Dirigente Scolastico

Progetto di osservazione/intervento in classe_____

Alunno/a _____

- Durata del percorso (inizio e fine)

_____

- Giorno ed orario di accesso richiesti

_____

- Garanzia di flessibilità organizzativa

_____

- Motivo dell'osservazione

_____

_____

_____

- Modalità dell'osservazione

_____

_____

_____

_____ , lì ____/____/_____

Firma Terapista/Specialista_____

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

Firma*_____

Firma* _____

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

## Allegato 7

### Spett.le Terapista/Specialista sanitario/Assistente specialista

**Oggetto: Informativa Terapista/Specialista sanitario/Assistente Specialista ex art. 13 Regolamento UE n. 679/2016.**

Secondo quanto previsto dall'art. 13 del GDPR 679/2016 rispetto al trattamento di dati personali, questa Istituzione Scolastica, rappresentata dal *Dirigente Scolastico prof. Costabile Emilio* in qualità di Titolare del trattamento dei dati personali, per espletare le sue funzioni istituzionali deve acquisire o già detiene dati personali che La riguardano.

**La informiamo inoltre che i dati da Voi forniti verranno trattati esclusivamente per le finalità istituzionali della scuola,** che sono quelle relative all'istruzione ed alla formazione degli alunni e quelle amministrative ad esse strumentali, incluse le finalità di instaurazione e gestione dei rapporti di lavoro di qualunque tipo, a titolo di esempio:

- analisi del mercato e elaborazioni statistiche;
- verifica del grado di soddisfazione dei rapporti;
- adempimento di obblighi derivanti da leggi, contratti, regolamenti in materia di igiene e sicurezza del lavoro, in materia fiscale, in materia assicurativa;
- tutela dei diritti in sede giudiziaria.

Le forniamo a tal fine le seguenti ulteriori informazioni:

- Il trattamento dei Suoi dati personali sarà improntato a principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti;
- I dati personali trattati sono esclusivamente quelli necessari e pertinenti alle finalità del trattamento;
- I dati personali verranno trattati anche con l'ausilio di strumenti elettronici o comunque automatizzati con le modalità dalle normative indicate e conservati per il tempo necessario all'espletamento delle attività istituzionali, gestionali e amministrative riferibili alle predette finalità;
- *Il titolare del trattamento è il Dirigente Scolastico prof. Emilio Costabile* tel. 089/792660 e-mail: saic8b500q@istruzione.it.
- Il **Responsabile per la protezione dei dati RPD** è: l'ing. Giovanni Fiorillo, email ing.giovannifiorillo@gmail.com, tel.(urgenze): 3471761615;
- il trattamento sarà effettuato ad opera di soggetti appositamente autorizzati e formati, che si avvarranno di strumenti elettronici e non elettronici, configurati, in modo da garantire la riservatezza e la tutela dei Suoi/Vostri dati e nel rispetto, in ogni caso, del segreto professionale;
- i Suoi/Vostri dati personali diversi da quelli sensibili e giudiziari potranno essere comunicati esclusivamente a soggetti pubblici se previsto da disposizioni di legge o regolamento (art. 2-ter Codice Privacy); inoltre potranno essere comunicati a collaboratori esterni, ai soggetti operanti nel settore giudiziario, alle controparti e relativi difensori, ed in genere a terzi soggetti cui disposizioni di legge attribuiscono facoltà di accesso ovvero ai quali la comunicazione è necessaria per l'esercizio delle attività proprie della professione forense.

Le ricordiamo infine:

- il conferimento dei Suoi/Vostri dati è obbligatorio in quanto strettamente necessario per lo svolgimento del servizio;
- l'eventuale rifiuto di conferire dati personali comporta l'impossibilità di dare corso allo svolgimento del rapporto;
- i Suoi dati personali non saranno oggetto di diffusione;
- I dati personali non saranno trasferiti in Paesi fuori dall'Unione Europea;
- Lei può in qualsiasi momento, rivolgendosi al titolare del trattamento oppure al responsabile della protezione dei dati esercitare i suoi diritti: accesso ai dati personali, la rettifica o la cancellazione degli stessi, la limitazione del trattamento che li riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati. I suoi diritti sono sanciti nel CAPO III del GDPR 679/2016.

- Le ricordiamo inoltre che il GDPR 676/2016 le riconosce un ulteriore diritto quello di esporre reclamo diretto al garante della privacy tramite apposita procedura chiaramente indicata sul sito del Garante www.garanteprivacy.it.
- Può esercitare i suoi diritti e/o inoltrare richieste in merito al trattamento dati personali contattando direttamente il Titolare o l'RPD o più semplicemente scrivendo una mail all'indirizzo istituzionale.

**Il Dirigente Scolastico**

**_____**

**Il sottoscritto**

**NOME E COGNOME_____**

**nato/a a _____ prov. _____ il _____/_____/_____,**

**residente in _____ prov. _____**

**alla via _____tel._____**

**Documento di riconoscimento_____**

**dichiara di aver ricevuta la informativa fornita dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e 13 del GDPR 679/2016**, si impegna a comunicare per iscritto ogni eventuale correzione, integrazione e/o aggiornamento dei dati forniti.

**In relazione alle prestazioni di assistenza specialistica effettuate presso l'Istituto _____, in relazione al servizio prestato e ai compiti svolti con questa istituzione scolastica, si impegna al rispetto della riservatezza secondo le modalità definite dalla normativa in vigore, - in particolare - delle prescrizioni di cui al Regolamento UE 2016/679 e al D.lgs. 196/2003;** si raccomanda particolare attenzione alla tutela del diritto alla riservatezza degli interessati e di consultare il regolamento approvato da questo Istituto e/o di consultare il titolare, il responsabile o il responsabile della protezione in caso di qualsiasi dubbio.

_____, __/__/___ **Firma**_____