

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
– Regione Siciliana –



Istituto Comprensivo "Leonardo da Vinci"

95040 CASTEL DI IUDICA (CT) Piazza Marconi, 7

- TEL. 095661065 -

Cod. Fisc: 82003100870 - Cod. Mecc. CTIC80300R

e-mail: ctic80300r@istruzione.it PEC: ctic80300r@pec.istruzione.it

www.icscasteldiudica.it



REGOLAMENTO PER L'ACCESSO A SCUOLA DI OPERATORI SANITARI SU RICHIESTA DELLE FAMIGLIE IN ORARIO CURRICOLARE

**Regolamento approvato dal Consiglio di Istituto
il 04.02.2025**

Questo Regolamento rimarrà in vigore fino a successiva delibera dello stesso Organo Collegiale.

La Dirigente scolastica
Prof.ssa Loredana Smario

PREMESSA

Questo Istituto consente gli accessi in classe di specialisti/terapisti per le osservazioni e il supporto agli alunni presenti nella Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado, per favorire l'instaurarsi di condizioni che rendano possibile il miglioramento del percorso formativo, didattico e educativo degli alunni e delle alunne coinvolte, attraverso la messa in rete delle figure professionali di riferimento e delle famiglie stesse.

In questa importante attività, al fine di coniugare il diritto all'inclusione degli alunni con difficoltà e/o disabilità con il rispetto delle norme sulla privacy, la tutela dei minori, il segreto d'ufficio, la riservatezza dei dati e la sicurezza, è redatto il seguente Regolamento, relativo all'accesso a scuola di operatori sanitari su richiesta delle famiglie

Art.1

MODALITÀ DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ DI OSSERVAZIONE E/O DI SUPPORTO ALL'ALUNNO/A

Il Dirigente scolastico può autorizzare l'accesso in classe di un/a professionista specializzato/a nelle problematiche di apprendimento o comportamentali, **previa presentazione di una proposta progettuale alla scuola, redatta dal terapeuta di concerto con la famiglia dell'alunno/a e comunicata alla Scuola.**

La proposta, al primo Consiglio di classe utile, sarà vagliata dal DS e dai docenti del Consiglio di classe; in caso di assenso si procederà a richiedere il consenso informato dei docenti del team e dei genitori degli alunni della classe.

Per gli alunni con disabilità, il **Progetto di osservazione** dovrà essere condiviso, durante la prima riunione utile del GLO (a cui partecipano tutti i soggetti che ne hanno titolo, famiglia, docenti e operatori sanitari), nella quale saranno illustrati dai richiedenti, terapeuta e famiglia, gli aspetti progettuali da attuare: finalità, obiettivi, durata del percorso, metodi e strumenti.

Il/la terapeuta/professionista esterno/a, una volta autorizzato/a, è tenuto/a a rispettare il progetto condiviso e a limitarsi ad un'osservazione non partecipante, sulla base degli elementi concordati, **rispettando la privacy degli alunni e delle alunne presenti in classe e il vincolo del segreto d'ufficio.**

Può essere autorizzato un numero limitato di osservazioni l'anno, e comunque non superiore a quello previsto nella proposta progettuale.

Questo il dettaglio delle azioni da svolgere:

- a) richiesta da parte dei genitori per l'accesso del/la terapeuta inviata agli Uffici della segreteria didattica (Modello A);
- b) richiesta da parte del/la terapeuta per l'accesso inviata agli Uffici della segreteria didattica, **corredata dalla copia di un documento di identità in corso di validità;**
- c) progetto di osservazione del/la terapeuta (Modello B), che dovrà contenere tutte le informazioni richieste, tra le quali:
 1. Motivazione della richiesta di osservazione;

2. Durata del percorso (inizio e fine);
3. Giorni e orari di accesso richiesti;
4. Garanzia di flessibilità in accordo alle necessità organizzative della scuola;
5. 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/a;
6. 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/a osservato/a;
7. Tale report potrà essere oggetto di discussione anche nelle successive riunioni dei GLO, per accrescere l'efficacia degli interventi.

Il Progetto dovrà essere sottoscritto anche dai genitori dell'alunno/a.

La compilazione della domanda impegna i richiedenti al rispetto del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 **"Codice in materia di protezione dei dati personali"** e norme correlate, con riferimento a TUTTE LE INFORMAZIONI E AI DATI di cui verrà in possesso relativamente agli alunni e alle alunne della classe/plesso, ai docenti, al personale della scuola e agli atti dell'Istituto Comprensivo.

Successivamente alla richiesta, il Dirigente scolastico, **attraverso i coordinatori di classe:**

1. Acquisirà il consenso informato sull'accesso dello/a specialista esterno/a da parte dei genitori di tutti gli alunni della classe (Modello C);
2. Disporrà l'autorizzazione in forma scritta, che verrà comunicata dagli Uffici di Segreteria agli interessati prima della data di accesso.

Art.2

REVOCA DELL'AUTORIZZAZIONE

L'autorizzazione all'accesso dei terapisti/specialisti incaricati dalla famiglia sarà revocata in tutti i casi in cui sarà verificato dal D.S. che lo specialista/terapista non rispetti quanto previsto nel progetto presentato e ogni qual volta lo stesso contravvenga alle norme sulla privacy e sulla sicurezza nei luoghi di lavoro o tenga comportamenti contrari al codice di comportamento dei dipendenti pubblici (D.P.R. n. 62/2013 , come aggiornato dal D.P.R. n. 81/2023) o qualora la sua presenza interferisca con il regolare svolgimento dell'attività didattica.

Modello A (Allegato al Regolamento per l'accesso a scuola in orario curricolare di terapisti/specialisti esterni)

**Alla Dirigente scolastica
Dell'I.C. Leonardo da Vinci
Castel di Iudica**

ISTANZA PER L'ACCESSO A SCUOLA DI TERAPISTI/SPECIALISTI IN ORARIO CURRICOLARE

I sottoscritti _____ e _____
genitori* dell'alunno/a _____, frequentante la
classe/sezione _____ della Scuola (Infanzia,
Primaria, Secondaria) _____ dell'I.C. Leonardo da Vinci di Castel di
Iudica, plesso _____

CHIEDONO

L'autorizzazione all'accesso nella classe/sezione _____ del terapeuta/specialista
Dott./Dott.ssa _____
durante l'orario didattico per l'attuazione delle attività definite nel progetto allegato
predisposto dallo/a specialista.

_____, ____/____/____

Firma*

Firma*

Allegato:

Progetto del Dott./Dott.ssa _____

In caso di difficoltà, in alternativa alla firma di entrambi i genitori:
Il/La sottoscritt _____, padre/madre/esercente la responsabilità genitoriale, dichiara di aver effettuato tale richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale, consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione mendace, così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA di essere l'unico genitore esercente la responsabilità genitoriale sul minore

Data, _____ Firma _____

Modello B (Allegato al Regolamento per l'accesso a scuola in orario curriculare di terapisti/specialisti esterni)

**Alla Dirigente scolastica Dell'I.C.
Leonardo da Vinci
Castel di Iudica**

**PROGETTO DI INTERVENTO/OSSERVAZIONE DELL'ALUNNO/A _____
DELLA CLASSE/SEZIONE _____ PLESSO _____**

MOTIVAZIONE DELL'OSSERVAZIONE/INTERVENTO :

FINALITÀ:

OBIETTIVI :

MODALITÀ DELL'OSSERVAZIONE/INTERVENTO:

DURATA DEL PERCORSO (INIZIO E FINE):

GIORNI ED ORARI DI ACCESSO RICHIESTI:

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____ garantisce la flessibilità organizzativa relativamente ai giorni e agli orari di accesso indicati nel progetto che dovranno essere concordati preventivamente con il Coordinatore di classe e potranno subire variazioni a seguito di attività di ampliamento dell'offerta formativa o visite guidate e viaggi di istruzione programmati dall'Istituzione scolastica e comunicati con congruo preavviso allo specialista/terapista.

_____, ___/___/___

Firma dello/a specialista/terapista

Firma dei genitori

Modello C (Allegato al Regolamento per l'accesso a scuola in orario curriculare di terapisti/specialisti esterni)

Ala Dirigente scolastica
dell'I.C. Leonardo da Vinci
Castel di Iudica

**NOTA INFORMATIVA E PRESTAZIONE DEL CONSENSO PER L'ACCESSO DI PERSONALE ESTERNO
NELLA CLASSE/SEZIONE (da compilare e consegnare all'insegnante di sezione/classe)**

I sottoscritti _____ e _____
genitori dell'alunno/a _____
frequentante la classe/sezione _____ della Scuola (Infanzia, Primaria, Secondaria)
_____ dell'I.C. Leonardo da Vinci-Castel di Iudica,
plesso _____

DICHIARANO

di essere stati informati dalle insegnanti di sezione/classe in merito alla presenza di un esperto esterno impegnato nell'osservazione/intervento di un alunno presente nella sezione/classe.

Si dichiarano d'accordo con tale attività.

Inoltre, dichiarano di essere stati informati che il terapeuta/specialista sanitario si adegnerà al rispetto della tutela della privacy, ai sensi della normativa vigente, non diffondendo alcuna informazione relativa alle attività degli alunni presenti nella sezione/classe.

I genitori* esprimono il proprio consenso con la sottoscrizione della presente dichiarazione.

_____, / ____/____

Firma*

Firma*

In caso di difficoltà, in alternativa alla firma di entrambi i genitori:

Il/La sottoscritt _____, padre/madre/esercente la responsabilità genitoriale, dichiara di aver effettuato tale richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale, consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione mendace, così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA di essere l'unico genitore esercente la responsabilità genitoriale sul minore

Data, _____ Firma _____

Allegare documento d'identità in corso di validità del dichiarante

