

WWW.GDPRISTRUZIONE.IT



PROTOCOLLO
ACCESSO TERAPISTI/SPECIALISTI
SANITARI IN ORARIO CURRICULARE

DOC-Terapisti Rev. 1.0

Nell'ambito dell'accesso di terapisti/specialisti in ambito curricolare 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 inoltre 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.
- 2) Richiesta all'Istituto, da parte dei tutori dell'alunno che necessità di assistenza, di accogliere il professionista esterno durante l'attività curricolare
- 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 curricolari.

PROTOCOLLO ACCESSO TERAPISTI/SPECIALISTI SANITARI IN ORARIO CURRICOLARE

(allegato al Piano Annuale per l'Inclusione)

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

Oggetto: Accesso terapisti e/o specialisti privati in orario curricolare

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.

L'Istituto consente l'accesso dei TERAPISTI/SPECIALISTI SANITARI (pubblici e privati) per osservazioni e supporto agli alunni presenti nella scuola, 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 saranno garantite tutte le misure di sicurezza.

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

Azioni da mettere in atto:

GENTORI:

- Richiesta da parte dei genitori (entro il mese precedente all'accesso) che autorizzano l'accesso del terapeuta/specialista sanitario, consegnata agli Uffici della Segreteria didattica previa riunione di GLH operativo o tecnica.
- (ESCLUSIVAMENTE PER TERAPISTA) In allegato alla richiesta, Progetto di osservazione del terapeuta (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.

Al progetto dovrà essere allegato documento di identità in corso di validità del terapeuta che effettuerà l'osservazione.

DIRIGENTE SCOLASTICO

- Il DS acquisirà il consenso all'accesso da parte degli insegnanti (ALLEGATO 1) coinvolti al momento dell'osservazione. Inoltre, acquisirà sottoscrizione di informativa sull'accesso di personale esterno (ALLEGATO 2) 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 terapeuta/specialista sanitario è tenuto a recarsi presso la segreteria del personale per la firma dell'autodichiarazione rispetto al certificato del Casellario penale (ALLEGATO 3) e per la dichiarazione di rispetto della normativa sulla privacy (ALLEGATO 4) 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 dell'I.P.S. FILOSI

Successivamente all'intervento, il terapeuta\ specialista sanitario 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 operativo a cui siano presenti operatori del territorio per aumentare l'efficacia degli interventi nei confronti dei bambini.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott. Margherita Silvestre

FIRMA AUTOGRAFA SOSTITUITA DA INDICAZIONE A STAMPA
AI SENSI DELL'ART. 3, COMMA 2, DEL D.LVO. N. 39/93

DICHIARAZIONE PERSONALE (DOCENTE)

Il/La sottoscritto/a, _____ in qualità di insegnante in servizio presso l'Istituto Professionale Filosi

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

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

DICHIARA

- di essere **DISPONIBILE** a consentire la presenza del terapeuta/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

PERSONALE ESTERNO NELLA CLASSE (GENITORE)

(da compilare e consegnare al docente coordinatore di classe)

Il/la sottoscritto/a

genitore dell'alunno/a

Il/la sottoscritto/a

genitore dell'alunno/a

frequentante la classeindirizzo.....

DICHIARA

di essere stato/a informato/a dall'insegnante di classe in merito alla presenza di un esperto esterno impegnato nella terapia\ assistenza di un alunno presente nella classe.

Si dichiara d'accordo con tale presenza, in quanto essa non danneggia, anzi arricchisce l'attività didattica della classe. Inoltre, dichiara di essere stato informato che il terapeuta/lo specialista sanitario si adegnerà al rispetto della Tutela della riservatezza della privacy, ai sensi del D.lgs. n. 196 del 30.06.03 (Codice Privacy), non diffondendo alcuna informazione relativa alle attività degli alunni presenti nella classe.

Esprime, pertanto, il proprio consenso con la sottoscrizione della presente dichiarazione.

_____ lì _____

Firma_____

_____ lì _____

Firma_____

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 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.

**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 Il Via

residente in 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;
- 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;
- 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;

Data ___/___/___

FIRMA

**DICHIARAZIONE DI IMPEGNO ALLA RISERVATEZZA
(TERAPISTA/SPECIALISTA SANITARIO)**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ CF: _____

in qualità di dell'alunno/a _____

frequentante la sezione/classe _____

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

DICHIARAZIONE GENITORI

Al Dirigente Scolastico

I sottoscritti _____
genitori dell'alunno/a _____
frequentante la Scuola _____, classe _____

CHIEDONO

di poter far entrare nella classe _____ il/la terapeuta/specialista sanitario dott./dott.ssa _____
_____ per il/la proprio/a figlio/a durante l'orario didattico per l'attività programmata

_____, li / __/ __

Firma* _____

Firma* _____

Allegato:

Progetto del 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 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

_____, li ____/ __/ __

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Firma

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

_____, li ____/____/____

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 sottoscrittore, 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.