



Ministero dell'Istruzione e del Merito
ISTITUTO COMPRENSIVO GUICCIARDINI

Scuola Infanzia, Primaria, Secondaria di primo grado

via Reginaldo Giuliani, n. 180 - 50141 Firenze

Tel. 055 411738 - fax 055 417086 - C. F. 94202740489

Pec: FIIC85800C@istruzione.it – Pec: FIIC85800C@pec.istruzione.it - sito web: ic-guicciardini.edu.it

Circolare n. 49

Firenze, 19/09/2025

I.C. - "GUICCIARDINI"-FIRENZE

Prot. 0015382 del 19/09/2025

IV (Uscita)

Ai docenti

Ai genitori/ tutori/ affidatari

Sito web

Atti/ sito web

Oggetto: protocollo accesso terapisti in orario curricolare.

L'IC Guicciardini consente gli accessi dei terapisti (pubblici e privati) per osservazioni e supporto agli/alle alunni/e presenti nella scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di I grado 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.

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 verranno condivise nella prima riunione di GLH operativo (per gli alunni con disabilità) o nella prima riunione tecnica in cui verrà definita e condivisa la progettualità messa in atto: durata del percorso; finalità; obiettivi, modalità.

Le attività di osservazione dovranno avvenire senza interferire nell'attività della classe di appartenenza dell'alunno/a.

L'esigenza di formalizzare le seguenti procedure nasce dalla necessità di contemperare il diritto all'inclusione degli/delle alunni/e 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.

Accesso terapisti per interventi di osservazione o di supporto all'alunno/a

Azioni da mettere in atto:

- *Richiesta da parte dei genitori (entro il termine di 1 mese precedente all'accesso) che autorizzano l'accesso del terapeuta, consegnata agli uffici di segreteria didattica, previa riunione di GLH operativo o tecnica.*
- *In allegato alla richiesta, il Progetto di osservazione del terapeuta (su carta intestata dell'Associazione/Ente/Specialista) che dovrà contenere le informazioni concordate nella riunione tecnica o nella riunione del GLH operativo con i docenti:*
- *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 dell'alunno/a.

Alla domanda dovrà essere allegato documento di identità in corso di validità dello specialista che effettuerà l'osservazione.

La Dirigente acquisirà il consenso all'accesso da parte dei docenti coinvolti al momento dell'osservazione.

La Dirigente acquisirà sottoscrizione di informativa sull'accesso di personale esterno da parte dei genitori di tutti gli/le alunni/e della classe.

La Dirigente esprimerà l'autorizzazione all'accesso in forma scritta, che verrà comunicata tramite gli uffici di segreteria, entro 10 giorni precedenti alla data di accesso.

Prima dell'accesso, il terapeuta 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, in riferimento a tutte le informazioni di cui verrà in possesso relative agli/alle alunni/e della classe/scuola, ai docenti, al personale della scuola e all'organizzazione del sistema scolastico.

Successivamente all'intervento di osservazione, il terapeuta si assume l'impegno di consegnare e condividere un report dell'osservazione svolta o del supporto/intervento, che verrà inserito nel fascicolo personale dell'alunno.

Accesso per incontri tecnici con il personale della scuola

- *Richiesta congiunta firmata da terapeuta e genitori, contenente la motivazione dell'incontro.*
- *La scuola, nel termine di 15 giorni dalla richiesta, comunicherà data ed orario dell'incontro, anche telefonicamente.*
- *La Dirigente procederà alla convocazione scritta dell'incontro.*
- *Il personale della scuola verbalizzerà in forma scritta la seduta.*
- *Il verbale sarà firmato da tutti i presenti all'incontro e ne verrà rilasciata copia a seguito di richiesta scritta e motivata.*

Compilazione di documenti/relazioni su richiesta delle famiglie

- *Richiesta da consegnare in segreteria (considerare che la compilazione non potrà avvenire prima di un mese dalla data della richiesta), con motivazione dettagliata ed indicazione dell'Ente/Specialista esterno che ne richiede la compilazione.*
- *Valutazione da parte del Ds e dei docenti rispetto alle competenze nella compilazione di quanto richiesto.*

Cordialmente.

LA DIRIGENTE SCOLASTICA
Prof.ssa Anna Maria VECCHIO
Documento firmato digitalmente

*RICHIESTA ACCESSO TERAPISTA E/O EDUCATORE PER
REALIZZAZIONE PROGETTO DI OSSERVAZIONE E/O INTERVENTO IN
AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO*

I sottoscritti.....e..... genitori
dell'alunno/a.....frequentante la classesez....
sede.....

CHIEDONO

che il dottor....., in qualità di
.....facente parte dell'associazione.....,
possa entrare nella classe per la realizzazione del progetto di osservazione e/o intervento, relativo a
nostro/a figlio/a, da attuare in orario scolastico affiancando i docenti della classe.

AUTORIZZANO

La scuola a predisporre l'informativa per i genitori della classe in cui viene indicato che la presenza del
terapista esterno all'Amministrazione scolastica è legata ad un'attività di osservazione di un componente
della classe.

Dichiarano di essere a conoscenza del Protocollo di accesso dei terapeuti e/ educatori predisposto dalla
scuola, collegato al Piano Inclusione e di accettarne le disposizioni.

Allegano il Progetto di osservazione e/o intervento del terapeuta.

Ogni attività sarà preventivamente concordata con la D.S. e il personale docente.

Luogo e data

.....

Firme genitori

.....

.....

*DICHIARAZIONE DI RISPETTO DELLA NORMATIVA SULLA
PRIVACY*

Il sottoscritto.....si impegna a non divulgare notizie e/o dati sensibili di cui venisse a conoscenza durante la permanenza nell'Istituto in base al Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e successivo D.lgs 101/2018 che ha adeguato la normativa italiana sulla privacy (D.lgs 196/2003) al GDPR.

Solleva altresì l'amministrazione scolastica da qualsiasi responsabilità in ordine ad infortuni o sinistri accidentali come parte lesa.

Luolo e data

.....

Firma

.....

INFORMATIVA PRIVACY GENITORI INGRESSO
TERAPISTI ESTERNI

Si informano i genitori che a partire dal..... e fino a..... sarà presente in classe il dottor/ la dottoressa.....per l'osservazione di un componente della classe.

Si comunica che la scuola ha assunto agli atti la dichiarazione del/della dott./dott.ssa con cui si impegna a non divulgare notizie e/o dati sensibili di cui venisse a conoscenza durante la permanenza nell'Istituto in base al Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e successivo D.lgs 101/2018 che ha adeguato la normativa italiana sulla privacy (D.lgs 196/2003) al GDPR.

I sottoscritti.....e genitori dell'alunno.....frequentante la classe.....sez.....

DICHLARANO

di aver preso visione della comunicazione relativa all'intervento di "osservazione su un componente della classe" da parte del/della dott./dott.ssa.....

Luolo e data

.....

Firma dei genitori

.....

.....

RICHIESTA INCONTRO TECNICO

I sottoscritti.....e.....genitori
dell'alunno/a, frequentante la classe.....sez.....sede.....

CHIEDONO

Che il/la dott./dott.ssa....., in qualità di,
facente parte dell'associazione, possa avere accesso a scuola per
un incontro tecnico con il personale docente per le seguenti motivazioni:

.....
.....

Luogo e data

.....

Firme genitori

.....
.....

Firma terapeuta

.....

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 DPR 445 DEL 2/12/2000 mod. e integrato dall'art.15 della legge 16-01-2003 n. 3)

Il/la sottoscritt _____

(cognome e nome)

nato/a _____ (_____) il _____

(luogo)

(Prov.)

residente a _____ (_____) CAP _____ in

via _____

(luogo)

(Prov.)

(indirizzo)

telefono _____ cellulare _____

mail _____

in servizio presso questa Istituzione Scolastica in qualità di _____

consapevole che in caso di falsa dichiarazione verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale e che inoltre, la falsa dichiarazione comporta la decadenza del beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera

DICHIARA

- Di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziario ai sensi della vigente normativa;
- Di non avere a suo carico condanne penali per taluno dei reati di cui agli artt. 600-bis, 600-ter, 600-quarter, 600-quinques e 609-undecies del Codice penale, ovvero dell'irrorazione 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;
- Di impegnarsi a prendere immediata visione sul sito della scuola del protocollo accesso terapisti esterni, della normativa sul trattamento dati, dei documenti e delle circolari riguardanti la sicurezza nel luogo di lavoro e dei documenti e regolamenti relativi al PTOF.;
- Di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei propri dati personali pubblicata sul sito istituzionale della scuola;

Firenze, _____

Il Dichiarante

Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445 del 28/12/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto.

