






**ISTITUTO COMPRENSIVO AD INDIRIZZO MUSICALE  
"Alessandro Manzoni"**

**Via Montevergine 22, 83027 Mugnano Del Cardinale (AV)**

SCUOLA DELL'INFANZIA - PRIMARIA E SECONDARIA DI 1° GRADO

 081 511 13 80

 [AVIC864005@istruzione.it](mailto:AVIC864005@istruzione.it) | [AVIC864005@pec.istruzione.it](mailto:AVIC864005@pec.istruzione.it)

 [www.istitutocomprensivomanzoni.edu.it](http://www.istitutocomprensivomanzoni.edu.it)

Codice meccanografico: AVIC864005 | Codice fiscale: 80006890646

**Oggetto: PROTOCOLLO PER L'ACCESSO DI FIGURE SPECIALISTICHE ESTERNE ALL'AMMINISTRAZIONE SCOLASTICA CON COORDINAMENTO E PROGETTAZIONE DEI RELATIVI INTERVENTI CONDOTTI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO**

L'I.C. "Alessandro Manzoni" di Mugnano del Cardinale consente l'accesso in classe di specialisti/terapisti (pubblici e privati), per le osservazioni e il supporto agli alunni presenti nella Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado dell'istituto, al fine di garantire un migliore perseguimento del percorso formativo-didattico ed educativo sei soggetti coinvolti. Allo scopo di dare continuità alla diagnosi ed alla presa in carico, questo percorso consentirà la collaborazione partecipata e costruttiva tra le figure professionali di riferimento (docenti, terapeuti e famiglie).

Il presente Protocollo avrà validità nel tempo ed è funzionalmente connesso al Piano annuale per l'Inclusione e al Regolamento di Istituto. Esso verrà condiviso nella riunione del G.L.I. per gli alunni con BES per definire e condividere la progettualità prevista (durata del percorso, finalità, obiettivi, modalità).

Ogni operatore specialistico sarà tenuto a prendere visione e ad osservare il presente Protocollo e ad utilizzare l'apposita modulistica per la richiesta di accesso.

**ACCESSO DI TERAPISTI PER INTERVENTI DI OSSERVAZIONE e/o SUPPORTO ALL'ALUNNO**

Azioni e procedure:

1. Richiesta da parte dei genitori per l'accesso del terapeuta a scuola in orario curricolare da presentare agli Uffici della Segreteria.

2. Presentazione del progetto di osservazione e/o intervento elaborato dal terapeuta.

Tale progetto dovrà contenere le seguenti informazioni:

- motivazione dettagliata dell'osservazione;
- finalità; obiettivi, modalità dell'osservazione;
- durata del percorso (inizio e fine);
- giorni ed orari di accesso richiesti;
- garanzia di flessibilità organizzativa.

Dovrà, inoltre, essere sottoscritto dai genitori dell'alunno interessato.

3. Il Dirigente Scolastico dovrà acquisire il consenso scritto all'accesso in classe degli specialisti, degli insegnanti coinvolti al momento dell'osservazione e dei genitori di tutti gli alunni della classe.

4. Qualora sussistano tutte le condizioni sopra citate, il Dirigente scolastico esprimerà autorizzazione all'accesso in forma scritta, che verrà comunicata ai genitori tramite gli Uffici di Segreteria.

5. Il terapeuta al termine degli interventi o periodicamente stilerà un report dell'osservazione effettuata e/o del supporto/intervento, che verrà inserito nel Fascicolo Personale dell'alunno.

**ACCESSO DI TERAPISTI PER INCONTRI TECNICI (G.L.I) CON PERSONALE DELLA SCUOLA**

1. Richiesta congiunta firmata da terapeuta e genitori, con motivazione della richiesta di incontro;


2. Risposta da parte della scuola con definizione di data e orario per l'incontro;


3. Stesura del verbale firmato da tutti i presenti all'incontro




**ISTITUTO COMPRENSIVO AD INDIRIZZO MUSICALE  
"Alessandro Manzoni"**

**Via Montevergine 22, 83027 Mugnano Del Cardinale (AV)**  
SCUOLA DELL'INFANZIA - PRIMARIA E SECONDARIA DI 1° GRADO

 081 511 13 80

 AVIC864005@istruzione.it | AVIC864005@pec.istruzione.it

 [www.istitutocomprensivomanzoni.edu.it](http://www.istitutocomprensivomanzoni.edu.it)

Codice meccanografico: AVIC864005 | Codice fiscale: 80006890646

**DICHIARAZIONE DI IMPEGNO ALLA RISERVATEZZA**

**PROFESSIONISTA ESTERNO**

**Alla Dirigente Scolastica dell'I.C. 'A. MANZONI'**

IL/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ CF: \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_ dell'alunno/a \_\_\_\_\_

frequentante la Scuola \_\_\_\_\_

sezione/classe \_\_\_\_\_

**SI IMPEGNA**

in nome proprio, nonché, ai sensi dell'art. 1381 c.c., a:

- considerare le informazioni confidenziali e riservate come strettamente private e ad adottare tutte le ragionevoli misure finalizzate a mantenerle tali
- 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
- non usare tali informazioni in modo da poter arrecare qualsivoglia tipo di danno ai soggetti coinvolti né all'Istituzione scolastica ospitante
- non utilizzare in alcun modo i dati e le informazioni in discorso per scopi diversi dall'attività svolta;
- a garantire la massima riservatezza, anche in osservanza alla vigente normativa sulla privacy, ai sensi del D.Lgs n. 196 del 30.06.03 (Codice Privacy) e del D. Lgs n. 101 del 10.08.2018, affinché tutte le informazioni acquisite, non siano in alcun modo, in alcun caso e per alcuna ragione utilizzate a proprio o altrui profitto e/o divulgate e/o riprodotte o comunque rese note a soggetti terzi

   \_I\_ sottoscritt\_ solleva altresì l'amministrazione da qualsiasi responsabilità in ordine a infortuni o sinistri accidentali come parte lesa.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_



**ISTITUTO COMPRENSIVO AD INDIRIZZO MUSICALE  
"Alessandro Manzoni"**

**Via Montevergine 22, 83027 Mugnano Del Cardinale (AV)**  
SCUOLA DELL'INFANZIA - PRIMARIA E SECONDARIA DI 1° GRADO  
☎ 081 511 13 80

✉ AVIC864005@istruzione.it | AVIC864005@pec.istruzione.it

🌐 [www.istitutocomprensivomanzoni.edu.it](http://www.istitutocomprensivomanzoni.edu.it)

Codice meccanografico: AVIC864005 | Codice fiscale: 80006890646

**DICHIARAZIONE DI PRESA VISIONE DEI DOCENTI**

**Alla Dirigente Scolastica dell'I.C. 'A. MANZONI'**

I docenti della classe \_\_\_\_\_ della Scuola l'I.C. 'A. MANZONI',  
preso atto della richiesta presentata dai genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_,

**dichiarano di aver preso visione** del *Protocollo Ingresso Terapisti* allegato al progetto.

I docenti si rendono disponibili ad accogliere il/la professionista nel rispetto delle modalità concordate.

Luogo e data: \_\_\_\_\_

Firma dei docenti: \_\_\_\_\_