



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "A. MOSCATI"
AMBITO SA 56

Scuola dell'Infanzia – Scuola Primaria – Scuola Secondaria di I° grado

Via della Repubblica – 84098 **PONTECAGNANO FAIANO** (SA)

Tel. 089201032 - www.icmoscati.edu.it e-mail saic88800v@istruzione.it / saic88800v@istruzione.it

PROTOCOLLO ACCESSO TERAPISTI/SPECIALISTI SANITARI IN ORARIO CURRICOLARE

Approvato con Delibera n. 29 nella seduta del Collegio dei docenti del 11 dicembre 2025

Approvato con Delibera n. 104 nella seduta del Consiglio di Istituto del 22 dicembre 2025

DELIBERA PTOF 25_28

COLLEGIO DEI DOCENTI DEL 11/12/2025 DELIBERA 36

CONSIGLIO D'ISTITUTO DEL 22/12/2025 DELIBERA 111

Ai genitori interessati

Al personale ATA

Al sito web/avvisi/Modulistica/genitori

Atti

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

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, 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 GLO.

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 problematiche supportando le famiglie
- f) ridurre il rischio di sovrapposizione di ruoli e competenze.

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 triennale in coerenza con il PTOF 25_28.

Le attività di osservazione e di intervento vengono condivise nella prima riunione di GLO (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 viene definita e condivisa la progettualità messa in atto: durata del percorso, finalità, obiettivi e modalità.

Le attività di osservazione devono 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 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 DI TERAPISTI/SPECIALISTI SANITARI PER INTERVENTI DI OSSERVAZIONE O DI SUPPORTO ALL'ALUNNO O PARTECIPAZIONE GLO

- **Viste** le Linee guida per l'integrazione degli alunni con disabilità del 4 agosto 2009
- **Visto** il decreto legislativo 5 febbraio 2024, n. 20 dell'art. 4, comma 1 lett. g)
- **Vista** la legge delega al Governo per la riforma della normativa in materia di disabilità n.227/21
- **Vista** la Raccomandazione n. 1/2025 del 23 ottobre 2025 adottata dal Garante ai sensi del d. lgs.n.20/2024 avente ad oggetto "Accesso alla classe da parte di professionisti sanitari"

Al fine di assicurare la tutela effettiva dei diritti costituzionalmente garantiti di tutti gli alunni interessati, le azioni da mettere per l'accesso dei terapisti saranno:

Richiesta da parte dei genitori (entro almeno 5gg precedenti l'accesso) che richiedono l'accesso alla classe di professionisti sanitari esterni incaricati (dipendenti della ASL, di ente/struttura accreditata e/o autorizzata presso il SSN/SSR, ovvero iscritti ai rispettivi albi professionali e coinvolti nel piano terapeutico, riabilitativo, assistenziale o nel progetto di vita dell'alunno con disabilità) e relativa partecipazione al GLO.

Protocollo di intesa tra il Centro coinvolto e l'Istituzione scolastica debitamente compilato e firmato da tutte le figure coinvolte.

DIRIGENTE SCOLASTICO

Nell'ipotesi di accesso di professionisti sanitari esterni incaricati necessari per l'attuazione del progetto personalizzato in favore di alunni e studenti con disabilità, **deve essere rilasciata esclusivamente l'autorizzazione del Dirigente Scolastico**, previa comunicazione del predetto accesso ai docenti e ai genitori degli altri alunni della classe interessata e previa dichiarazione dello specialista in ordine al rispetto di tutte le disposizioni in materia di riservatezza, con l'impegno a non interagire direttamente con gli alunni non interessati e a permanere nella classe sempre in presenza del docente.

TERAPISTA/SPECIALISTA SANITARIO

Prima dell'accesso nella classe, il terapeuta/specialista sanitario è tenuto a recarsi presso la segreteria del personale per:

- firma della normativa sulla privacy 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;
- dichiarazione di rispetto di tutte le disposizioni in materia di riservatezza, con l'impegno a non interagire direttamente con gli alunni non interessati e a permanere nella classe sempre in presenza del docente;
- dichiarazione di copertura assicurativa personale con numero polizza

Successivamente all'intervento, il terapeuta 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 e/o nel GLO a cui siano presenti operatori del territorio per aumentare l'efficacia degli interventi inclusivi programmati e realizzati.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
F.TO Dott.ssa Prof.ssa Mirella Amato

ALLEGATO 1 RICHIESTA GENITORI

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo A.Moscati
Pontecagnano Faiano (SA)

I sottoscritti:

PADRE _____

MADRE _____

TUTORE _____

DELL'ALUNNO/A _____

della SEZIONE/CLASSE _____ plesso _____

CHIEDONO

di poter far entrare nella SEZIONE/CLASSE _____ il/la terapeuta/specialista dott./dott.ssa

_____ per il/la proprio/a figlio/a durante l'orario didattico per
l'attività definita dal progetto riabilitativo e di farlo partecipare ai GLO.

_____, lì __/__/____

Firma* _____

Firma* _____

Allegato:

1. Protocollo d'intesa

PARTE DA COMPILARE NEL CASO DELLA PRESENTAZIONE DELLA RICHIESTA DA PARTE DI UN SOLO GENITORE

Il/la sottoscritto/a _____ ai sensi e per gli effetti del DPR
245/2000, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a
verità, dichiara (barrare la voce che interessa)::

- ☐ di essere genitore unico
- ☐ di aver effettuato la scelta/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.

Pontecagnano Faiano, ____/____/____

Firma del genitore richiedente

Padre _____ Madre _____ Tutore _____

ALLEGATO 2 DICHIARAZIONE PERSONALE (DOCENTE)

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo A.Moscati
Pontecagnano Faiano (SA)

I sottoscritti, in qualità di docenti di scuola infanzia/primaria/secondaria di I grado in servizio presso la scuola.....plesso di..... classe

Vista la richiesta di collaborazione formulata dalla famiglia, in merito alla presenza di un terapeuta/specialista sanitario, in qualità di terapisti sanitari esterni coinvolti nel piano terapeutico, riabilitativo, assistenziale o nel progetto di vita dell'alunno/a con disabilità _____;

DICHIARANO

- ☐ di essere stato/a informato/a in merito alla presenza di un esperto esterno impegnato nella terapia di un alunno presente nella classe/sezione in orario curricolare
- ☐ di curare l'informativa ai genitori degli altri alunni della classe – anche relativa al ruolo dell'esperto

Data

[illegible]

ALLEGATO 3 DICHIARAZIONE GENITORI/TUTORI DELLA SEZIONE/CLASSE

(da compilare e consegnare all'insegnante di sezione/classe)

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo A.Moscati
Pontecagnano Faiano (SA)

I sottoscritti:

PADRE _____

MADRE _____

TUTORE _____

DELL'ALUNNO/A _____

della SEZIONE/CLASSE _____ plesso _____

Vista la richiesta di collaborazione formulata dalla famiglia, in merito alla presenza di un terapeuta/specialista sanitario, in qualità di terapisti sanitari esterni coinvolti nel piano terapeutico, riabilitativo, assistenziale o nel progetto di vita dell'alunno/a con disabilità _____;

DICHIARA

- ☐ di essere stato/a informato/a in merito alla presenza di un esperto esterno impegnato nella terapia di un alunno presente nella classe/sezione
- ☐ dichiara di essere stato informato che il terapeuta/lo specialista sanitario si adeguerà 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 sezione/classe.

_____, lì __/__/____

Firma* _____

Firma* _____

PARTI DA COMPILARE NEL CASO DELLA PRESENTAZIONE DEL CONSENSO DA PARTE DI UN SOLO GENITORE

Il/la sottoscritto/a _____ ai sensi e per gli effetti del DPR 245/2000, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, dichiara (barrare la voce che interessa)::

- ☐ di essere genitore unico
- ☐ di aver effettuato la scelta/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.

Pontecagnano Faiano, ____/____/____

Firma del genitore

Padre _____ Madre _____ Tutore _____

ALLEGATO 4 DICHIARAZIONE DI IMPEGNO ALLA RISERVATEZZA (TERAPISTA/SPECIALISTA SANITARIO)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ C. F. _____

in qualità di _____

dell'alunno/a _____

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. 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;
- ☐ l'impegno a non interagire direttamente con gli alunni non interessati e a permanere nella classe sempre in presenza del docente.

Gli impegni assunti 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 e/o siano già in possesso del soggetto prima all'attività concordata.

_____ li _____

Firma.....

ALLEGATO 5 INFORMATIVA TRATTAMENTO DATI

Spett.le Specialista/Assistente

Oggetto: Informativa Specialista/Assistente 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 Dott.ssa Prof.ssa Mirella Amato** 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 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 Dott.ssa Prof.ssa Mirella Amato** Tel: _089201032 email: saic88800v@istruzione.it.
- Il **Responsabile per la protezione dei dati RPD** è: l'ing. Sandro Falivene, EMAI sandro_falivene@hotmail.com, tel (urgenze): 3334207958;
- 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

F.TO Dott.ssa Prof.ssa Mirella Amato

Il sottoscritto

NOME E COGNOME_____

nato/a a _____ **il** ____/____/_____,

residente in 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_____