



ISTITUTO COMPRENSIVO "MARTIN LUTHER KING

Via Ferdinando Santi, 1 - 51100 Pistoia
tel. 0573 544741 - Cod. Mecc. PTIC809001 - C.F. 90026310475
Cod. Univ. UFLJ4D

indirizzo e-mail: ptic809001@istruzione.it pec. ptic809001@pec.istruzione.it

sito internet: <https://www.istitutomartinlutherking.it>



PROTOCOLLO ACCESSO PROFESSIONISTI SANITARI IN ORARIO SCOLASTICO

1. IL PROTOCOLLO

Il protocollo disciplina le procedure di accesso in orario scolastico di professionisti sanitari coinvolti in attività osservative sugli alunni.

L'esigenza di formalizzare le seguenti procedure nasce dalla necessità di conciliare il diritto all'inclusione degli alunni con la normativa sulla privacy nonché con il rispetto del segreto in atti d'ufficio e delle norme di sicurezza relative all'accesso di personale esterno alla scuola.

2. MODALITA' E AZIONI

Alunni certificati L.104/92

Nel caso di accesso 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), necessari per l'attuazione del progetto personalizzato in favore di alunni 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 sezione/classe interessata e previa dichiarazione del professionista sanitario 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 negli spazi della scuola in presenza di un docente.

Nello specifico la procedura per l'accesso di professionisti sanitari in orario scolastico deve seguire le seguenti azioni:

- 1) richiesta scritta dei genitori rivolta al DS con indicazione, possibilmente a cura del professionista sanitario, di finalità, obiettivi, modalità e durata dell'intervento (*MODELLO A*)
- 2) rilascio dell'autorizzazione da parte del DS, previa comunicazione dell'ingresso del professionista sanitario ai docenti e ai genitori degli altri alunni della sezione/classe (*Modello D*)
- 3) firma da parte del professionista sanitario della dichiarazione di rispetto della normativa sulla privacy in riferimento a tutte le informazioni di cui verrà in possesso relative agli alunni, ai docenti, al personale della scuola e all'organizzazione del sistema scolastico (*MODELLO C*)
- 4) redazione da parte del professionista sanitario di una relazione sull'intervento svolto (da inserire nel fascicolo personale dell'alunno) o condivisione del medesimo durante un colloquio con la famiglia e i docenti con stesura di relativo verbale.

Altri alunni con BES

La richiesta di accesso di professionisti sanitari in orario scolastico presentata dai genitori viene vagliata dal DS d'intesa con i docenti del team/consiglio di classe. La presentazione di tale domanda può eventualmente essere preceduta da un colloquio tra insegnanti, genitori e specialisti.

Le attività di osservazione dovranno avvenire nelle modalità più discrete possibili, con garanzia di tutela della riservatezza dei dati raccolti da parte del professionista sanitario e previa raccolta del consenso degli altri genitori della sezione/classe.

Nello specifico la procedura per l'accesso di professionisti sanitari in orario scolastico deve seguire le seguenti azioni:

- 1) richiesta scritta dei genitori rivolta al DS con indicazione, possibilmente a cura del professionista sanitario, di finalità, obiettivi, modalità e durata dell'intervento (*MODELLO A*)
- 2) vaglio della richiesta, d'intesa con i docenti del team/consiglio di classe, da parte del DS che, in caso di accettazione della domanda, formalizza l'autorizzazione agli interessati
- 3) acquisizione da parte del DS dell'autorizzazione all'osservazione diretta in classe da parte del professionista sanitario sottoscritta dai genitori degli altri alunni della sezione/classe (*MODELLO B*)
- 4) firma da parte del professionista sanitario della dichiarazione di rispetto della normativa sulla privacy in riferimento a tutte le informazioni di cui verrà in possesso relative agli alunni, ai docenti, al personale della scuola e all'organizzazione del sistema scolastico (*MODELLO C*)
- 5) redazione da parte del professionista sanitario di una relazione sull'intervento svolto (da inserire nel fascicolo personale dell'alunno) o condivisione del medesimo durante un colloquio con la famiglia e i docenti con stesura di relativo verbale.

3. MODULISTICA

- Richiesta ingresso professionisti sanitari in orario curricolare – genitori alunno interessato (*MODELLO A*)
- Autorizzazione osservazione diretta in classe professionisti sanitari – genitori altri alunni sezione/classe (*MODELLO B*)
- Impegnativa per riservatezza dati - professionisti sanitari (*MODELLO C*)
- Comunicazione ingresso professionista sanitario – docenti e genitori altri alunni sezione/classe (*MODELLO D*)

4. COMPILAZIONE DI DOCUMENTI/RELAZIONI SU RICHIESTA DELLE FAMIGLIE

Nel caso di richiesta di compilazione di documenti/relazioni sugli alunni, dovrà essere seguita la seguente procedura:

- richiesta scritta dei genitori rivolta al DS con indicazione, possibilmente a cura del professionista sanitario, della motivazione della redazione dei suddetti documenti;
- vaglio della richiesta, d'intesa con i docenti del team/consiglio di classe, da parte del DS che, in caso di accettazione della domanda, formalizza l'autorizzazione agli interessati
- consegna ai genitori della documentazione tramite la segreteria scolastica e, ove specificato, tramite e-mail del genitore richiedente



ISTITUTO COMPRENSIVO "MARTIN LUTHER KING

Via Ferdinando Santi, 1 - 51100 Pistoia
tel. 0573 544741 - Cod. Mecc. PTIC809001 - C.F. 90026310475
Cod. Univ. UFLJ4D

indirizzo e-mail: ptic809001@istruzione.it pec. ptic809001@pec.istruzione.it

sito internet: <https://www.istitutomartinlutherking.it>



MODELLO A - RICHIESTA INGRESSO PROFESSIONISTI SANITARI IN ORARIO CURRICOLARE

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo Statale
"Martin Luther King" Bottegone Pistoia

Il sottoscritto _____ (cognome e nome del padre)

La sottoscritta _____ (cognome e nome della madre)

genitori dell'alunno/a _____

nato/a a _____ il _____

frequentante la classe/sezione _____ della Scuola _____

CHIEDONO ed AUTORIZZANO

l'ingresso all'interno della sezione/classe, con gli insegnanti e nei diversi spazi della scuola, del professionista sanitario _____ (UFSMIA-ASL, MAIC, Raggio Verde, altro) nei giorni che saranno a breve concordati direttamente tra scuola e specialista.

Indicare brevemente finalità, obiettivi, modalità e durata dell'intervento (a cura possibilmente dello specialista):

Data _____

*Firma del padre _____

*Firma della madre _____

*** Qualora l'autorizzazione sia firmata da un solo genitore, si intende che la scelta sia stata condivisa**



ISTITUTO COMPRENSIVO "MARTIN LUTHER KING

Via Ferdinando Santi, 1 - 51100 Pistoia
tel. 0573 544741 - Cod. Mecc. PTIC809001 - C.F. 90026310475
Cod. Univ. UFLJ4D

indirizzo e-mail: ptic809001@istruzione.it pec: ptic809001@pec.istruzione.it

sito internet: <https://www.istitutomartinlutherking.it>



MODELLO B - AUTORIZZAZIONE ALL'OSSERVAZIONE DIRETTA IN CLASSE DA PARTE DI PROFESSIONISTI SANITARI

Ai Genitori degli alunni

sezione/classe _____ plesso _____

Gentili Genitori,

Vi informiamo che nei prossimi giorni, data ancora da concordare, sarà presente nella sezione/classe un professionista sanitario _____ (UFSMIA-ASL, MAIC, Raggio Verde, altro) per l'osservazione di un alunno/a richiesta dai genitori stessi.

Desideriamo precisare che l'osservazione potrà essere effettuato solo se i genitori di tutti gli altri alunni daranno il proprio consenso compilando il modulo allegato alla presente comunicazione, che vi chiediamo di restituire entro _____ alle docenti di classe.

Certi della Vostra collaborazione, porgo cordiali saluti

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

Dott.ssa Manila Cherubini

*Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3 comma 2 del D.Lgs 39/93*



AUTORIZZAZIONE ALL'OSSERVAZIONE DIRETTA IN CLASSE DA PARTE DI PROFESSIONISTI SANITARI

Noi sottoscritti _____

(Cognome e Nome Padre)

(Cognome e Nome Madre)

genitori dell'alunno/a _____

della sezione/classe _____ del plesso _____

☐ AUTORIZZIAMO

☐ NON AUTORIZZIAMO

il professionista sanitario _____ (UFSMIA-ASL, MAIC, Raggio Verde, altro) ad accedere alla sezione/classe per effettuare l'osservazione di un alunno/a nella classe del proprio figlio.

data _____

*Firma del padre _____

*Firma della madre _____

*** Qualora l'autorizzazione sia firmata da un solo genitore, si intende che la scelta sia stata condivisa.**



ISTITUTO COMPRENSIVO "MARTIN LUTHER KING

Via Ferdinando Santi, 1 - 51100 Pistoia
tel. 0573 544741 - Cod. Mecc. PTIC809001 - C.F. 90026310475
Cod. Univ. UFLJ4D

indirizzo e-mail: ptic809001@istruzione.it pec. ptic809001@pec.istruzione.it
sito internet: <https://www.istitutomartinlutherking.it>



MODELLO C - IMPEGNATIVA RISERVATEZZA DATI PER PROFESSIONISTI SANITARI

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo Statale
"Martin Luther King" Bottegone Pistoia

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
CF _____ in qualità di _____
dell'alunno/a _____ frequentante
la scuola _____ sezione/classe _____

SI IMPEGNA 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 oggetto per scopi diversi dall'attività svolta,
- garantire la massima riservatezza, anche in osservanza alla vigente normativa sulla privacy, ai sensi del Regolamento GDPR (Reg. UE n. 679/2016), affinché tutte le informazioni acquisite, non possano 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.

Data _____

FIRMA _____



ISTITUTO COMPRENSIVO "MARTIN LUTHER KING

Via Ferdinando Santi, 1 - 51100 Pistoia
tel. 0573 544741 - Cod. Mecc. PTIC809001 - C.F. 90026310475
Cod. Univ. UFLJ4D

indirizzo e-mail: ptic809001@istruzione.it pec. ptic809001@pec.istruzione.it
sito internet: <https://www.istitutomartinlutherking.it>



MODELLO D - COMUNICAZIONE INGRESSO PROFESSIONISTI SANITARI IN ORARIO CURRICOLARE

Ai genitori degli alunni sezione/classe _____

Ai docenti della sezione/classe _____

Gentilissimi,

Vi informiamo che nei prossimi giorni, data ancora da concordare, sarà presente nella sezione/classe un professionista sanitario _____ (UFSMIA-ASL, MAIC, Raggio Verde, altro) su richiesta dei genitori stessi.

Si ricorda che il professionista sanitario è stato autorizzato dalla scrivente e si è impegnato formalmente:

- a non interagire direttamente con gli alunni non interessati
- a permanere negli spazi della scuola in presenza di un docente
- a rispettare le norme sulla sicurezza e sulla privacy, garantendo il segreto d'ufficio

Certi della Vostra collaborazione, porgo cordiali saluti

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

Dott.ssa Manila Cherubini

*Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3 comma 2 del D.Lgs 39/93*