**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO**
**ISTITUTO COMPRENSIVO "Giacomo Matteotti"**
Via Ottorino Respighi, n° 6 - 04011 Aprilia (Latina) – Tel. 06/9257905 – 06/92730463
www.icmatteottiaprilia.edu.it - Mail: LTIC824009@istruzione.it - Pec: LTIC824009@pec.istruzione.it
C.M. LTIC824009 – C.F. 80006530598 – C.U.U. UFP896

# PROTOCOLLO ACCESSO TERAPISTI IN ORARIO CURRICOLARE
## (Delibera del Consiglio di Istituto n. 70 del 11 dicembre 2025)

### PREMESSA

L'I.C. "Giacomo Matteotti", in applicazione della legge 104/92, delle "*Linee guida per l'integrazione degli alunni con disabilità*", diramate dal MIM, con nota del 4 agosto 2009, e della "*Raccomandazione del Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità"*, n. 1/2025, avente ad oggetto "*Accesso alla classe da parte di professionisti sanitari - raccomandazione ai sensi dell'art. 4, comma1 lett. g) del d. lgs.n.20/2024*", consente l'accesso a Scuola, nelle sezioni della scuola dell'infanzia e nelle classi della scuola primaria e della scuola secondaria di primo grado, di "professionisti sanitari esterni", ovvero di soggetti iscritti ai rispettivi ordini professionali, e incaricati dalla ASL competente, dagli enti/strutture accreditate e/o autorizzate ai sensi della normativa vigente, ovvero facenti parte dell'équipe multidisciplinare contemplata nel piano terapeutico, nel progetto riabilitativo, assistenziale o nel progetto di vita dell'alunno con disabilità (pubblici e privati), al fine di garantire la continuità terapeutica, atta a garantire l'adeguatezza del percorso formativo dell'alunno/a con disabilità nel suo complesso, assicurando un intervento adeguato allo sviluppo delle potenzialità ed alla gestione e al superamento di problematiche connesse alla specifica disabilità.
Al fine di costruire una stretta rete di collaborazione e di raccordi, tra operatori sanitari, sociali, educativi e famiglie, e per dare una concreta attuazione all'inclusione scolastica e sociale, è definito il presente Protocollo, che avrà validità nel tempo, in connessione con il Piano Annuale per l'Inclusione.
L'esigenza di formalizzare le procedure, oggetto del Protocollo, nasce dall'esigenza di contemperare il diritto all'Inclusione degli alunni con difficoltà e/o disabilità, con la normativa sulla privacy, nel rispetto del segreto in atti d'ufficio e delle norme di sicurezza, relative all'accesso di personale esterno alla scuola.
La presenza dei terapisti dovrà avvenire nelle modalità più discrete possibili, al fine di non interferire nella attività della classe di appartenenza dell'alunno/a.

**Accesso terapisti per interventi connessi all'attuazione del piano terapeutico, riabilitativo, assistenziale o nel progetto di vita dell'alunno/a.**
Azioni da mettere in atto:

- I genitori che richiedono l'accesso del terapista presentano istanza al Dirigente Scolastico e acconsentono che la scuola, nella comunicazione informativa alle famiglie degli alunni componenti la classe di appartenenza, da pubblicare nel Registro Elettronico, sia scritto **"per attività su un componente della classe".** Tale istanza dovrà essere sottoscritta anche dal terapista, quale dichiarazione di rispetto 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 del Comprensivo **(Modello A)**.
- L'istanza dovrà quindi essere presentata agli Uffici della Segreteria Amministrativa (Didattica), unitamente ad un Progetto di osservazione del terapista (su carta intestata dell'Associazione in caso di appartenenza ad una di esse) che dovrà contenere le seguenti informazioni:
  - motivazione dell'osservazione;
  - finalità; obiettivi, modalità dell'intervento;
  - calendario del percorso, indicante il dettaglio del/i giorno/i ed orari di accesso, e della data di inizio e di fine;

- garanzia di flessibilità organizzativa;
- dichiarazione di non osservazioni/informazioni su terzi, debitamente sottoscritta.

Il Progetto, così strutturato, dovrà essere sottoscritto anche dai genitori/tutori dell'alunno/a.
All'istanza dovrà essere allegato documento di identità in corso di validità dello specialista che effettuerà l'osservazione.
Il Dirigente Scolastico, preso atto dell'istanza presentata dai genitori/tutori, e del Progetto di osservazione del terapista, risponderà con atto di concessione oppure di diniego, debitamente motivato.

**Accesso per incontri tecnici con personale della scuola**
Richiesta congiunta firmata da terapista e genitori/tutori, contenente la motivazione dell'incontro **(Modello B)**.
La Scuola, nel termine di 15 giorni dalla richiesta, comunicherà data ed orario dell'incontro, anche per le vie brevi. Della riunione sarà redatto specifico verbale, da depositare agli atti della scuola.

**Compilazione di documenti/relazioni su richiesta delle famiglie**
Qualora le famiglie abbiano necessità di chiedere la compilazione di questionari, da parte dei docenti, da esternalizzare, le azioni da mettere in atto sono le seguenti:

- richiesta al D.S. da inviare in segreteria con motivazione dettagliata ed indicazione dell'Ente/Specialista esterno che ne richiede la compilazione;
- consegna della documentazione in oggetto, entro 15 giorni, tramite segreteria, che contatterà il/i richiedenti.

Nel caso di relazioni, da stilare su esplicita richiesta degli Enti competenti (NPI, Servizi Sociali…) competenti, oltre a quanto precedentemente indicato, la famiglia dovrà presentare anche la richiesta dell'Ente in questione, o documentazione alternativa (verbale), o, in assenza di quanto sopra, autocertificazione ai sensi del DPR 445 del 2000.

**La Dirigente Scolastica**
**Prof.ssa Antonella De Ienner**
(firma autografa sostituita a mezzo stampa,
ex art.3,co.2,D.lgs.39/93)

**Modello A – Richiesta Ingresso Terapista**

**Oggetto: "Richiesta ingresso terapista esterno per attività di osservazione legate ad un componente della classe"**

I sottoscritti (Nome e cognome dei genitori e/o tutori):

| GENITORE/TUTORE | GENITORE/TUTORE |
|---|---|
| Nome …… | Nome …… |
| Cognome …… | Cognome …… |
| Nato/a il ……/……/…….. a …… | Nato/a il ……/……/…….. a …… |

**CHIEDONO**

che il dottor _____, in qualità di _____facente parte dell'Associazione _____, possa entrare nella sezione/classe frequentata dal/la proprio/a figlio/a per effettuare attività di osservazione

**E CONTESTUALMENTE AUTORIZZANO**

la Scuola a predisporre l'informativa, per le famiglie degli alunni della sezione/classe, in cui verrà testualmente riportato che: ***la presenza del terapista esterno è legata ad un'attività di osservazione di un componente della classe.***

Luogo …… Data: …… / …… /…… Firme leggibili

Genitore/Tutore ……

Genitore/Tutore …….

Data _____

**Dichiarazione assunta in caso di firma di un solo genitore: Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara 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.*

Luogo …… Data: …… / …… /…… Firma leggibile

Genitore/Tutore ……

**DICHIARAZIONE da compilare a cura del terapista**

_ l _ sottoscritt _ _____si impegna a non divulgare notizie e/o dati sensibili di cui venisse a conoscenza durante la permanenza nell'Istituto in base alla legge 196/2003 e successive integrazioni e modifiche.

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

Data Firma _____

*L'Istituto fa presente che i dati personali forniti dal/dalla Sig.ra _____, identificato/a tramite documento di riconoscimento (allegato), saranno oggetto di trattamento ai sensi e per gli effetti della legge 196/2003 e al nuovo regolamento GDPR europeo.*

**Modello B– Richiesta incontro tecnico**

**Oggetto: "Richiesta incontro tecnico terapista con personale della scuola"**

I sottoscritti (Nome e cognome dei genitori e/o tutori):

| GENITORE/TUTORE | GENITORE/TUTORE |
|---|---|
| Nome …… | Nome …… |
| Cognome …… | Cognome …… |
| Nato/a il ……/……/…… a …… | Nato/a il ……/……/…… a …… |

**CHIEDONO**

che il dottor _____, in qualità di _____facente parte dell'Associazione _____, possa entrare nella sezione/classe frequentata dal/la proprio/a figlio/a per effettuare un incontro tecnico con i docenti interessati.

**Dichiarazione assunta in caso di firma di un solo genitore: Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara 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.*

Luogo …… Data: …… / …… /…… Firme leggibili

Genitore/Tutore ……

Genitore/Tutore …….