



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
ISTITUTO COMPRENSIVO MACERATA CAMPANIA
DISTRETTO N. 16 . Centro ECDL-Centro ESB- Macerata Campania (CE) Via Roma,11
C.F. 94017830616- Mail:ceic88300b@istruzione.it – ceic88300b@pec.istruzione.it
sitowww.icmaceratacampania.gov.it**Tel 0823/692435 Fax 0823/695550**

PROTOCOLLO ACCESSO TERAPISTI IN ORARIO CURRICOLARE

A garanzia di una migliore realizzazione del percorso formativo-didattico ed educativo degli alunni con disabilità e del rispetto della loro privacy vi è la necessità di regolamentare l'accesso dei terapisti nell'I.C. Macerata Campania e stabilire norme di comportamento, tempi e modalità di intervento . L'I.C. Macerata Campania consente l'accesso di terapisti e specialisti (pubblici e privati) a supporto degli alunni disabili presenti nella scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di I grado dell'Istituto su formale richiesta dei genitori degli allievi che ne abbiano necessità, al fine di praticare una didattica inclusiva in continuità con figure professionali esterne. A tal fine è richiesto a queste ultime di presentare all'Istituto UN PROGETTO DI INCLUSIONE da condividere ed approvare in sede di riunione dei GLHO.

Il progetto così approvato entrerà a far parte del PEI dell'allievo per l'anno scolastico di riferimento .

Il progetto dovrà essere strutturato nel seguente modo:

- Destinatario-
- Finalità
- Obiettivi
- Interventi
- Durata del percorso
- Giorno e orario di accesso
- Modalità dell'osservazione
- Strumenti
- Spazi

Il progetto dovrà essere sottoscritto anche dai genitori dell'alunno/a.

Il professionista è tenuto a limitarsi a svolgere le attività come programmate, a rispettare il diritto dell'allievo alla tutela della privacy, a garantire il rispetto del segreto in atti di ufficio. I locali della Scuola non potranno essere utilizzati per le terapie al termine delle lezioni.

PROTOCOLLO DI ACCESSO DEI TERAPISTI A SCUOLA

- a) I genitori richiedono al dirigente scolastico l'autorizzazione all'accesso del terapeuta a scuola, compilando il modello allegato al presente avviso(Allegato 1) e consegnandolo agli Uffici della Segreteria didattica. (entro il termine di 1 mese precedente all'accesso)
- b) Il docente di classe chiederà l'autorizzazione (allegato 2) a tutti i genitori degli alunni della classe affinché il terapeuta possa svolgere l'attività in classe in orario curricolare
- c) Il Dirigente Scolastico esprimerà l'autorizzazione all'accesso in forma scritta.
- d) Il terapeuta autorizzato all'accesso dovrà presentare il Progetto (su carta intestata della struttura o del professionista stesso) agli uffici di segreteria con annessa dichiarazione di rispetto della normativa sulla privacy in riferimento a TUTTE LE INFORMAZIONI di cui verrà in possesso relativamente agli alunni della classe/scuola, ai docenti, al personale della scuola e all'organizzazione del sistema scolastico dell'I.C. di Macerata Campania.
- e) A conclusione del progetto dovrà consegnare e condividere con i docenti coinvolti e la famiglia un report sull'attività svolta che verrà inserito nel Fascicolo personale dell'alunno.

Il presente protocollo avrà validità connessa con il Piano Annuale per l'Inclusione.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

(*dott.ssa Antonietta Maiello*)

*Firma autografa omessa ai sensi
dell'art. 3 del D. Lgs. n. 39/1993*

ALLEGATO 1

Al Dirigente Scolastico
Dell'IC Macerata Campania

Oggetto: Richiesta di autorizzare ingresso del terapeuta/professionista a scuola -a.s.
2019/20

Il sottoscritto genitore dell'alunna/o _____

iscritto/a alla classe _____ presso la scuola _____

chiede

Previa autorizzazione da parte di tutti i genitori della classe frequentante il proprio figlio, di autorizzare l'accesso a scuola del terapeuta _____

Con osservanza

I genitori

.....

Il Dirigente Scolastico

Vista la richiesta dei genitori dell'alunno.....

Vista l'autorizzazione non autorizzazione

Di tutti i genitori degli alunni della classe.....sez.....

Autorizza non autorizza

Il professionista a svolgere l'attività concordata con le insegnanti dell'alunno
..... Nella classesez.....

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(dott.ssa Antonietta Maiello)
*Firma autografa omessa ai sensi
dell'art. 3 del D. Lgs. n. 39/1993*

ALLEGATO 2

I genitori Sign. _____
dell'alunno _____ classe _____ sez _____
autorizzano il professionista _____
affinchè possa intervenire nella classe il/i giorno/i _____ dalle
ore _____ alle ore _____
nei confronti dell'alunno (*scrivere le iniziali*) _____

La scuola provvederà a far sottoscrivere al professionista una dichiarazione di rispetto e tutela della privacy

.....

FIRMA DEI GENITORI

