Modulistica

RICHIESTA ACCESSO TERAPISTA/EDUCATORE/SPECIALISTA SANITARIO A SCUOLA

PROTOCOLLO ACCESSO PERSONALE ESTERNO IN ORARIO CURRICOLARE

VADEMECUM:

prima di accedere il professionista consegnerà modelli A - B e DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE <u>OLTRE AL PROGETTO DI OSSERVAZIONE</u> CHE DOVRA' INDICARE:

- Motivazione dettagliata dell'osservazione
- Finalità; obiettivi, modalità dell'osservazione;
- Durata del percorso (inizio e fine)
- Giorno ed orario di accesso/i
- Garanzia di flessibilità organizzativa.
- Il progetto dovrà essere sottoscritto anche dai genitori dell'alunno.

Alla domanda dovrà essere allegato documento di identità in corso di validità dello specialista che effettuerà l'osservazione.

Mod. A

Al Dirigente scolastico
dell'I.C. "Galileo Ferraris"
di Falconara Marittima

RICHIESTA FAMIGLIA ACCESSO TERAPISTA/EDUCATORE/SPECIALISTA SANITARIO PER REALIZZAZIONE PROGETTO DI OSSERVAZIONE E/O INTERVENTO IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO

I sottoscritti……..e..... genitori dell'alunno/a …….. Frequentante la classe …… sez …… plesso ……. dell'IC Galileo Ferraris

CHIEDONO

Che il dottor ……., in qualità di …… facente parte dell'associazione ..... , possa entrare nella classe per la realizzazione del progetto di osservazione e/o intervento, relativo a nostro/a figlio/a, da attuare in orario scolastico affiancando i docenti della classe.

AUTORIZZANO

La scuola a predisporre l'informativa per i genitori della classe in cui viene indicato che la presenza del terapista esterno all'amministrazione scolastica è legata ad un'attività di osservazione di un componente della classe.

Dichiarano di essere a conoscenza del Protocollo di accesso dei terapisti/educatori predisposto dalla scuola e di accettarne le disposizioni.

Allegano il Progetto di osservazione e/o intervento del terapista.

Ogni attività sarà preventivamente concordata con la D.S. e il personale docente.

Luogo e data

……..

firme genitori

……..

……..

Mod.B

Al Dirigente scolastico
dell'I.C. "Galileo Ferraris"
di Falconara Marittima

PROGETTO DI OSSERVAZIONE/INTERVENTO TERAPISTA/EDUCATORE/SPECIALISTA SANITARIO IN CLASSE/SCUOLA SULL'ALUNNO/A DELLA CLASSE/SEZIONE_____

MOTIVAZIONE DETTAGLIATA DELL'OSSERVAZIONE/INTERVENTO:

FINALITÀ:

OBIETTIVI :

MODALITÀ DELL'OSSERVAZIONE/INTERVENTO:

DURATA DEL PERCORSO (INIZIO E FINE):

GIORNI ED ORARI DI ACCESSO RICHIESTI:

Il sottoscritto Dott./Dott.ssa_____garantisce la massima flessibilità organizzativa relativamente ai giorni e agli orari di accesso indicati nel progetto che dovranno essere concordati preventivamente con la Dirigenza e potranno subire variazioni a seguito di attività di ampliamento dell'offerta formativa o visite guidate e viaggi di istruzione

programmati dall'Istituzione scolastica e comunicati con congruo preavviso allo specialista/terapista.

Luogo e data

Firma dello specialista/terapista

_____

Firma dei genitori *

_____

_____

In caso di difficoltà, in alternativa alla firma di entrambi i genitori: Il/La sottoscritt_____, padre/madre/esercente la responsabilità genitoriale, dichiara di aver effettuato tale richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale, consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione mendace, così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000,

□ **DICHIARA** che __l__padre/madre è a conoscenza ed acconsente alla presente autorizzazione oppure
□ **DICHIARA** di essere l'unico genitore esercente la responsabilità genitoriale sul minore

Data, _____ Firma _____

Allegare documento d'identità in corso di validità del dichiarante

Mod.C

INFORMATIVA PRIVACY GENITORI
INGRESSO TERAPISTA/EDUCATORE/SPECIALISTA SANITARIO ESTERNI IN CLASSE

Si informano i genitori che
a partire dal ……. e fino a.....

(in alternativa) nelle seguenti date:
……
……
……
sarà presente in classe il dottor/ la dottoressa…….per l'osservazione di un componente della classe.
Si comunica che la scuola ha assunto agli atti la dichiarazione del/della dott./dott.ssa ……. con cui si impegna a non divulgare notizie e/o dati sensibili di cui venisse a conoscenza durante la permanenza nell'Istituto in base al Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e successivo D.lgs 101/2018 che ha adeguato la normativa italiana sulla privacy (D.lgs 196/2003) al GDPR**.**

I sottoscritti……. e .....genitori dell'alunno…….. frequentante la classe……. sez.……..dell'……...

DICHIARANO

di aver preso visione della comunicazione relativa all'intervento di "osservazione su un componente della classe" da parte del/della dott./dott.ssa…….
Si dichiarano d'accordo con tale attività. Inoltre, dichiarano di essere stati informati che il terapista/specialista sanitario si adeguerà al rispetto della Tutela della privacy, ai sensi della normativa vigente, non diffondendo alcuna informazione relativa alle attività degli alunni presenti nella sezione.
I genitori esprimono il proprio consenso con la sottoscrizione della presente dichiarazione.

luogo e data

Firma dei genitori

…….

……

In caso di difficoltà, in alternativa alla firma di entrambi i genitori: Il/La sottoscritt_____, padre/madre/esercente la responsabilità genitoriale, dichiara di aver effettuato tale richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale, consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione mendace, così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000,

□ **DICHIARA** che __l__padre/madre è a conoscenza ed acconsente alla presente autorizzazione oppure
□ **DICHIARA** di essere l'unico genitore esercente la responsabilità genitoriale sul minore

Data, _____ Firma _____

Allegare documento d'identità in corso di validità del dichiarante

Mod.D

DICHIARAZIONE DEL TERAPISTA/EDUCATORE/SPECIALISTA SANITARIO DI IMPEGNO ALLA RISERVATEZZA IN RISPETTO ALLA NORMATIVA SULLA PRIVACY

Il sottoscritto…….si impegna a non divulgare notizie e/o dati sensibili di cui venisse a conoscenza durante la permanenza nell'Istituto in base al Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e successivo D.lgs 101/2018 che ha adeguato la normativa italiana sulla privacy (D.lgs 196/2003) al GDPR**.**

Solleva altresì l'amministrazione scolastica da qualsiasi responsabilità in ordine ad infortuni o sinistri accidentali come parte lesa. A tal proposito dichiara di essere coperto da polizza assicurativa da produrre in allegato alla presente dichiarazione.

Luogo e data

……..

Firma

……..

Mod.E

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL TERAPISTA/EDUCATORE/SPECIALISTA SANITARIO DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 DPR 445 DEL 2/12/2000 mod. e integrato dall'art.15 della legge 16-01-2003 n. 3)

Il/la sottoscritt__ _____ _____
(cognome e nome)

nato/a _____ (_____) il _____
(luogo) *(Prov.)*

residente a _____ (_____) CAP _____ in

via_____
(luogo) *(Prov.)* *(indirizzo)*

telefono _____ cellulare _____

mail_____

in servizio presso questa Istituzione Scolastica in qualità di _____

consapevole che in caso di falsa dichiarazione verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale e che inoltre, la falsa dichiarazione comporta la decadenza del beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera

DICHIARA

- Di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziario ai sensi della vigente normativa;

- Di non avere a suo carico condanne penali per taluno dei reati di cui agli artt. *600-bis*, *600-ter*, *600-quarter*, *600-quinques* e *609-undecies* del codice penale, ovvero dell'irrorazione di sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori;

- Di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;

- Di impegnarsi a prendere immediata visione sul sito della scuola https://icgalileoferraris.edu.it/ del protocollo accesso terapisti esterni, della normativa sul trattamento dati, dei documenti e delle circolari riguardanti la sicurezza nel luogo di lavoro e dei documenti e regolamenti relativi al P.T.O.F.;

- Di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei **propri dati personali** pubblicata sul sito istituzionale della scuola https://icgalileoferraris.edu.it/

Falconara Marittima, _____ Il Dichiarante

_____

Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445 del 28/12/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto.

Mod.F

RICHIESTA INCONTRO TECNICO CONGIUNTO

I sottoscritti ……..e.....genitori dell'alunno/a, frequentante la classe…….. sez…….. sede……

CHIEDONO

Che il/la dott./dott.ssa ……, in qualità di....., facente parte dell'associazione....., possa avere accesso a scuola per un incontro tecnico con il personale docente per le seguenti motivazioni:

- ……
- ……

Luogo e data

……..

Firme genitori

……

…….

Firma terapista

……..