



Istituto Superiore «Puecher Olivetti» Rho



C.M. MIIS08900V
C.F. 93545220159
www.puecherolivetti.edu.it
e-mail miis08900v@istruzione.it
Pec miis08900v@pec.istruzione.it

Sede PUECHER
via Bersaglio, 56
tel. +39 029302236

Sede OLIVETTI
via Martiri della Libertà, 20
tel. +39 029309557

Protocollo per l'accesso a scuola di specialisti esterni in orario curriculare per l'osservazione degli studenti con bisogni educativi speciali certificati

Art. 1 - Premessa

1. L'Istituto Puecher-Olivetti consente l'accesso in classe di specialisti/terapisti/operatori sanitari in qualità di osservatori con il fine di garantire un migliore percorso formativo-didattico ed educativo degli studenti con bisogni educativi speciali certificati e dare continuità alla diagnosi e alla presa in carico dello stesso attraverso la messa in rete delle diverse figure professionali.
2. Il presente protocollo regola l'accesso a scuola degli specialisti, previa richiesta delle famiglie interessate, contemperando le norme sulla privacy, la tutela dei minori, il segreto d'ufficio, la riservatezza dei dati e la sicurezza, nel rispetto della continuità terapeutica e delle competenze di ciascun attore del processo di inclusione.
3. Il presente protocollo è valido a far data dalla pubblicazione sul Sito istituzionale dell'Istituto e fino a successiva eventuale modifica.

Art. 2 - Modalità organizzative dell'osservazione in orario curriculare

1. I genitori/tutori legali dello studente con bisogni educativi speciali certificati possono avanzare istanza motivata affinché il Dirigente Scolastico autorizzi la presenza in classe con finalità di osservazione di professionisti esterni, pubblici e/o accreditati, che ne gestiscono la presa in carico.
2. L'accesso viene autorizzato previa presentazione e valutazione di specifica progettazione degli specialisti esterni, presentata dai genitori/tutori legali dello studente.
3. I professionisti sono tenuti a limitarsi all'osservazione degli elementi concordati, rispettando la privacy degli alunni e dei docenti/operatori presenti in classe e comunque astenendosi dall'intervenire o dall'interferire in alcun modo nell'attività in corso di svolgimento nella classe.



Istituto Superiore «Puecher Olivetti» Rho

C.M. MIIS08900V
C.F. 93545220159
www.puecherolivetti.edu.it
e-mail miis08900v@istruzione.it
Pec miis08900v@pec.istruzione.it

Sede PUECHER
via Bersaglio, 56
tel. +39 029302236

Sede OLIVETTI
via Martiri della Libertà, 20
tel. +39 029309557

Art. 3 - Procedura di richiesta, svolgimento e restituzione dell'osservazione in orario curriculare

1. I genitori/tutori legali formulano istanza scritta presentando in segreteria la seguente documentazione:

1. Richiesta per l'accesso dello specialista ([Modello A](#));
2. Progetto di osservazione redatto dallo specialista ([Modello B](#)), sottoscritto dallo specialista stesso e dai genitori/tutori legali dello studente, e contenente le seguenti informazioni:
 - a. Motivo dell'intervento.
 - b. Durata del percorso di osservazione (inizio e fine).
 - c. Giorno/i e orario/i di accesso richiesti.
 - d. Garanzia di flessibilità organizzativa.
 - e. Modalità dell'intervento.
3. Documento di identità in corso di validità dello specialista.

2. Il Dirigente Scolastico, sentiti il coordinatore di classe e i docenti coinvolti nelle attività di osservazione, esprime alternativamente:

- autorizzazione all'accesso e all'attività di osservazione;
- richiesta di modifica del progetto di osservazione;
- motivato diniego alla richiesta di accesso e osservazione.

L'autorizzazione (o la mancata autorizzazione) sono trasmessi ai genitori/tutori legali richiedenti e per conoscenza al coordinatore di classe.

3. Prima dell'accesso in classe, il terapeuta è tenuto a recarsi presso la Segreteria dell'Istituto per compilare la "*Dichiarazione di rispetto della normativa sulla privacy*" con riferimento a tutte le informazioni di cui dovesse venire in possesso, relative agli alunni della classe/scuola, ai docenti, al personale della scuola e all'organizzazione dell'Istituto ([Modello C](#)).

4. Al termine dell'attività di osservazione, lo specialista consegna e condivide con i docenti e la famiglia un report di valutazione, preferibilmente attraverso un incontro di rete in data e orario da concordare tra tutti gli interessati.

Rho, 17 marzo 2025

Il Dirigente Scolastico
Emanuele Contu



Istituto Superiore «Puecher Olivetti» Rho



C.M. MIIS08900V
C.F. 93545220159
www.puecherolivetti.edu.it
e-mail miis08900v@istruzione.it
Pec miis08900v@pec.istruzione.it

Sede PUECHER
via Bersaglio, 56
tel. +39 029302236

Sede OLIVETTI
via Martiri della Libertà, 20
tel. +39 029309557

Modello A

RICHIESTA DI ACCESSO A SCUOLA DI SPECIALISTA ESTERNO IN ORARIO CURRICULARE

Al Dirigente Scolastico dell'I.S. "Puecher Olivetti"

I sottoscritti (Cognome e Nome) _____ e _____
genitori dell'alunno/a (Cognome e Nome) _____ frequentante la classe
_____ sezione _____ della Scuola Secondaria di Secondo grado I.S. Puecher Olivetti,

CHIEDONO

di poter far entrare nella classe _____ sezione _____ il/la terapeuta/specialista sanitario Dott./Dott.ssa
(Cognome e Nome) _____ per il/la proprio/a figlio/a in orario curriculare per
condurre l'attività di osservazione definita nel progetto dello specialista allegato alla presente.

Luogo _____ Data ____/____/____

Firma* _____

Firma* _____

Allegato:

Progetto del Dott./Dott.ssa _____

*Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore: il sottoscrittore, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la presente 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.



Istituto Superiore «Puecher Olivetti» Rho



C.M. MIIS08900V
C.F. 93545220159
www.puecherolivetti.edu.it
e-mail miis08900v@istruzione.it
Pec miis08900v@pec.istruzione.it

Sede PUECHER
via Bersaglio, 56
tel. +39 029302236

Sede OLIVETTI
via Martiri della Libertà, 20
tel. +39 029309557

Modello B

PROGETTO DI OSSERVAZIONE IN ORARIO CURRICULARE

Al Dirigente Scolastico dell'I.S. "Puecher Olivetti"

Progetto di osservazione in classe. Alunno/a (Cognome e Nome) _____

- Motivo dell'intervento.
- Durata del percorso di osservazione (inizio e fine).
- Giorno/i e orario/i di accesso richiesti.
- Garanzia di flessibilità organizzativa.
- Modalità dell'intervento.

Si allega documento di identità in corso di validità.

Luogo _____ Data ____/____/____

Il Terapista/Specialista sanitario

Firma _____

I genitori dell'alunno/a per presa visione e per consenso

Firma* _____

Firma* _____

*Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore: il sottoscrittore, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la presente 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.



Istituto Superiore «Puecher Olivetti» Rho



C.M. MIIS08900V
C.F. 93545220159
www.puecherolivetti.edu.it
e-mail miis08900v@istruzione.it
Pec miis08900v@pec.istruzione.it

Sede PUECHER
via Bersaglio, 56
tel. +39 029302236

Sede OLIVETTI
via Martiri della Libertà, 20
tel. +39 029309557

Modello C

DICHIARAZIONE DI RISPETTO DELLA NORMATIVA SULLA PRIVACY

(TERAPISTA/SPECIALISTA SANITARIO)

Il/La sottoscritto/a (Cognome e Nome) _____
nato/a a _____ il ___/___/___ CF: _____ in
qualità di _____ dell'alunno/a _____
frequentante l'I.S. Puecher Olivetti, classe _____ sezione _____

DICHIARA

in nome proprio, nonché, ai sensi dell'art. 1381 c.c.:

- di considerare le informazioni confidenziali e riservate come strettamente private e di adottare tutte le ragionevoli misure finalizzate a mantenerle tali;
- di 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;
- di non usare tali informazioni in modo da poter arrecare qualsivoglia tipo di danno ai soggetti coinvolti né all'istituzione scolastica ospitante;
- di non utilizzare in alcun modo i dati e le informazioni in discorso per scopi diversi dall'attività svolta secondo quanto concordato;
- di garantire la massima riservatezza, in osservanza alla vigente normativa sulla privacy, ai sensi del Regolamento UE 679 /2016, del D.Lgs. n. 196 del 30.06.03 (Codice Privacy) e del D.Lgs. n. 101



Istituto Superiore «Puecher Olivetti» Rho



C.M. MIIS08900V
C.F. 93545220159
www.puecherolivetti.edu.it
e-mail miis08900v@istruzione.it
Pec miis08900v@pec.istruzione.it

Sede PUECHER
via Bersaglio, 56
tel. +39 029302236

Sede OLIVETTI
via Martiri della Libertà, 20
tel. +39 029309557

del 10.08.2018, affinché tutte le informazioni acquisite non siano in alcun modo, in alcun caso e per alcuna ragione, utilizzate a proprio o altrui profitto e/o divulgate e/o riprodotte o comunque rese note a soggetti terzi.

Gli impegni assunti nella presente dichiarazione 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, siano già in possesso del soggetto prima dell'attività concordata.

Luogo _____ Data ____/____/____

Il Terapista/Specialista sanitario

Firma _____