Allegato A

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo Giovanni XXIII-Pascoli

Oggetto: Richiesta di autorizzazione all'accesso in classe dello specialista/terapista per il figlio/a

I sottoscritti _____ e _____

Genitori/tutori dell'alunno/a _____ nato/a a _____

il _____ iscritto/a alla scuola _____ per l'a.s. 2026/2027

nella classe _____ sezione _____

chiedono

l'autorizzazione all'ingresso a scuola del/della seguente specialista:

- Nome e Cognome: _____
- Qualifica professionale: _____
- Ente/Studio di riferimento: _____

al fine di svolgere attività di osservazione e/o intervento specialistico esclusivamente rivolto al/alla proprio/a figlio/a.

Desideriamo precisare che:

1. Lo specialista si occuperà unicamente di nostro/a figlio/a e non effettuerà alcun tipo di intervento né osservazione sugli altri alunni presenti in classe.
2. Lo specialista non raccoglierà, registrerà o tratterà dati personali di altri studenti; nelle eventuali relazioni o documentazioni professionali non comparirà alcun riferimento ad altri minori.
3. Siamo consapevoli che, secondo la normativa vigente, è sufficiente informare gli altri genitori della presenza dello specialista, senza necessità di raccogliere la loro autorizzazione, poiché l'intervento non coinvolge i loro figli e rientra in un percorso di cura e riabilitazione tutelato dal diritto alla salute del minore.

A supporto di tale procedura, richiamiamo quanto indicato nella Raccomandazione n. 1/2025 dell'Autorità Garante dei diritti delle persone con disabilità, relativa all'accesso in classe dei professionisti sanitari ai sensi dell'art. 4, comma 1, lett. g) del d.lgs. n. 20/2024.

Data _____ Firma genitore/tutore legale _____

Firma genitore/tutore legale _____

** Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore: il sottoscrivente, 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*

ESITO E DISPOSIZIONE DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

- Visto, SI AUTORIZZA
- NON SI AUTORIZZA Motivazione: _____

Data _____

Il Dirigente Scolastico

Prof.ssa Margherita DI PUMPO

Allegato B

PROGETTO DI OSSERVAZIONE IN CLASSE

Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo Giovanni XXIII-Pascoli

Progetto di osservazione/intervento in classe_____

Alunno/a _____

Durata del percorso (inizio e fine)

_____

Giorno ed orario di accesso richiesti

_____

Garanzia di flessibilità organizzativa

_____

Motivo dell'osservazione

_____

_____

_____

Modalità dell'osservazione

_____

_____

_____

Trani, lì __/__/_____

Firma Terapista/Specialista

_____

Firma dei genitori per presa visione e per consenso

Firma*

_____

Firma*

_____

** Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore: il sottoscrivente, 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*

Allegato C

MODULO PER LA DICHIARAZIONE DI RISERVATEZZA DELLO SPECIALISTA

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____il ____/ _____/ _____

in qualità di (indicare qualificazione professionale):

_____

appartenente a:

- ASL
- Ente/struttura accreditata presso SSN/SSR
- Professionista iscritto all'albo _____

e incaricato di operare nell'ambito del progetto terapeutico/riabilitativo/assistenziale relativo all'alunno/a _____iscritto/a alla classe _____ della scuola _____

DICHIARA

1. di impegnarsi al rigoroso **rispetto delle norme vigenti in materia di privacy e protezione dei dati personali** (GDPR e normativa nazionale);
2. di **non interagire con gli alunni/e non coinvolti** nell'intervento;
3. di operare esclusivamente per le finalità previste dal piano terapeutico o progetto di vita dell'alunno;
4. di permanere nei locali scolastici **unicamente in presenza del docente**;
5. di attenersi alle indicazioni fornite dal Dirigente Scolastico e dal personale scolastico autorizzato;
6. di assumersi ogni responsabilità relativa alle attività svolte nel rispetto dei limiti professionali dichiarati.

Luogo e data _____

Firma del/la Professionista _____

Allegato D

AUTOCERTIFICAZIONE ASSENZA DI CONDANNE PENALI

(Art. 46, comma 1, D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

(da compilare a cura del terapista/specialista)

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____il _____

Residente in _____Via _____n. _

Codice Fiscale

_____

A conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46, comma 1°, del citato D.P.R. 445/2000;

DICHIARA

- di NON AVERE condanne per taluno dei reati di cui agli articoli 600-bis, 600-ter, 600-quater, 600-quinquies e 609-undecies del codice penale;
- che non GLI/LE SONO STATE IRROGATE 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 in relazione ai reati di cui agli articoli 600-bis, 600-ter, 600-quater, 600-quinquies e 609-undecies del codice penale e/o a sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori.

Luogo e data _____

Firma del/la Professionista _____