



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE di CASIER

Scuola dell'Infanzia - Scuola Primaria – Scuola Secondaria di 1° grado

Via Peschiere, 16 - 31030 DOSSON DI CASIER (TV)

Tel. 0422 380848 - Cod. meccanografico: TVIC82300C - Cod. Fisc. 80017580269

✉ mail: TVIC82300C@ISTRUZIONE.IT - Pec: TVIC82300C@PEC.ISTRUZIONE.IT – Web: www.iccasier.edu.it

Circolare n.30

Dosson di Casier, 08 settembre 2026

Ai Docenti
Ai Genitori
I.C. di Casier

Oggetto: Disposizioni e modalità di accesso a scuola dei professionisti sanitari e specialisti privati in favore di alunni con disabilità

Gentili Genitori e Docenti,

al fine di favorire la continuità terapeutica e la massima sinergia tra la scuola, la famiglia e i servizi territoriali nel rispetto della normativa vigente e della recente Raccomandazione n. 1/2025 dell'Autorità Garante Nazionale dei diritti delle persone con disabilità, si comunicano le disposizioni organizzative relative all'accesso a scuola dei professionisti sanitari e degli specialisti privati che seguono gli alunni con disabilità.

1. Autorizzazione e requisiti di accesso

Nelle ipotesi di accesso di professionisti sanitari esterni incaricati (dipendenti della ASL, di enti/strutture accreditate e/o autorizzate presso il SSN/SSR, ovvero iscritti ai rispettivi albi professionali e coinvolti nel piano terapeutico, riabilitativo, assistenziale o nel progetto di vita dell'alunno con disabilità), necessari per l'attuazione del progetto personalizzato in favore di alunni e studenti con disabilità, deve essere rilasciata esclusivamente l'autorizzazione del Dirigente Scolastico.

Tale autorizzazione è subordinata:

- alla richiesta formale della famiglia da parte dei genitori / tutori dell'alunno/a (Allegato A), specificando se l'intervento è svolto in classe o in spazio;
- al rilascio di una formale dichiarazione dello specialista (Allegato B) in ordine al rispetto di tutte le disposizioni in materia di riservatezza (compreso il divieto di scattare foto o riprese video, a meno di espressa autorizzazione del Dirigente e dei Genitori/Tutori dell'alunno), con l'impegno a non interagire direttamente con gli alunni non interessati e a permanere nei locali scolastici;
- alla predisposizione e sottoscrizione di un progetto di intervento o di osservazione, stilato e firmato dallo specialista e sottoscritto per accettazione e condivisione dai genitori dell'alunno/a, nel quale devono essere chiaramente specificati: finalità, obiettivi, modalità operative, durata complessiva dell'intervento, nonché i giorni e gli orari di ingresso previsti.

2. Definizione degli orari

Al fine di garantire la continuità didattica e il corretto svolgimento delle attività scolastiche, l'orario e le giornate di presenza dello specialista dovranno essere preventivamente concordati con il team dei docenti di classe / consiglio di classe.

3. Modalità di svolgimento degli interventi

- In classe: Gli interventi e le osservazioni svolti all'interno dell'aula della classe dell'alunno si svolgono secondo i tempi autorizzati, alla presenza del docente che svolge l'attività programmata con il gruppo di alunni.

- In stanza dedicata: Qualora l'intervento debba svolgersi in un locale/aula dedicato, è obbligatorio comunicare gli estremi dell'assicurazione professionale del terapeuta.

4. Obbligo di Riservatezza e Privacy

Tutti i professionisti esterni autorizzati ad accedere all'istituto sono vincolati al rigoroso rispetto della normativa sulla privacy (Regolamento UE 2016/679 - GDPR e D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii.) e al segreto professionale/d'ufficio. I dati e le informazioni di cui vengano a conoscenza devono essere trattati esclusivamente per le finalità educative e riabilitative autorizzate.

Si ringraziano le famiglie e i docenti per la consueta collaborazione.

Cordiali saluti,

Istruttoria:
Collaboratore DS
Ins. Anna Lisa Silva

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Paolo Micheloni
*Firmato digitalmente ai sensi del c.d. dell'Amministrazione digitale
e norme ad esso connesse*

ALLEGATO A

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo di Casier

OGGETTO: Richiesta formale per l'accesso a scuola di uno specialista/terapista privato in favore dell'alunno/a _____

I/Il sottoscritti/o [] in qualità di genitori/tutori dell'alunno/a [] iscritto/a e frequentante per l'A.S. 20____/20____ la classe/sezione [] del Plesso []

CHIEDONO

la formale autorizzazione all'accesso presso i locali scolastici dello/a specialista/terapista privato/a:

- Cognome e Nome: _____
- Qualifica professionale / Ruolo: _____
- Recapito telefonico: _____ E-mail: _____

al fine di svolgere attività di intervento terapeutico-abilitativo.

A tal fine, i sottoscritti DICHIARANO:

- di aver condiviso con lo specialista le finalità e le modalità dell'intervento;
- di essere consapevoli che l'orario e le giornate di accesso saranno preventivamente concordati con il team dei docenti/consiglio di classe nel rispetto della programmazione didattica;
- che l'intervento sarà svolto (scegliere una delle opzioni)
 - all'interno della classe
 - in rapporto individuale in spazi dedicati al di fuori della classe.

Si allegano alla presente richiesta:

1. Dichiarazione di riservatezza e impegno dello specialista (Allegato B);
2. Progetto di intervento/osservazione contenente finalità, obiettivi, durata, giorni e orari previsti, firmato dallo specialista e dai genitori;
3. Copia del documento di identità dello specialista in corso di validità.

Luogo e data: _____, //

Firme dei genitori / tutori*

**(In caso di firma di un solo genitore: "Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per dichiarazioni mendaci ai sensi del D.P.R. 445/2000, dichiara che la presente richiesta è resa in accordo con l'altro genitore")*

ALLEGATO B

DICHIARAZIONE DI RISERVATEZZA E ACCETTAZIONE DELLE MODALITÀ OPERATIVE PER L'ACCESSO A SCUOLA DEGLI SPECIALISTI / TERAPISTI PRIVATI

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo di Casier

Il/La sottoscritto/a [] in qualità di (*qualifica professionale / ruolo*) [] incaricato/a dalla famiglia dell'alunno/a frequentante la classe [] sez. [] del plesso [],

DICHIARA E SI IMPEGNA AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE

Ai sensi del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, e in ottemperanza alle disposizioni dell'Istituto e della normativa vigente (compresa la Raccomandazione n. 1/2025 dell'Autorità Garante Nazionale dei diritti delle persone con disabilità):

1. Rispetto della Riservatezza e Privacy (GDPR - Reg. UE 2016/679 e D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii.):

Dichiara di garantire il rigoroso rispetto di tutte le disposizioni in materia di tutela dei dati personali e sensibili. Qualsiasi informazione, dato o dinamica relazionale di cui dovesse venire a conoscenza durante la permanenza nell'Istituto rimarrà strettamente riservata e trattata esclusivamente nei limiti del progetto di supporto autorizzato.

2. Interazione:

Si impegna formalmente a non interagire direttamente in alcun modo con gli altri alunni della classe o dell'istituto non interessati dall'intervento autorizzato e a rispettare tutte le disposizioni in materia di riservatezza (compreso il divieto di scattare foto o riprese video, a meno di espressa autorizzazione del Dirigente e dei Genitori/Tutori dell'alunno).

3. Presentazione e sottoscrizione del Progetto di Intervento/Osservazione:

Allega alla presente richiesta il **progetto di intervento o di osservazione**, da lui/lei stilato e sottoscritto anche dai genitori/tutori dell'alunno/a, specificando dettagliatamente:

- Finalità e obiettivi dell'intervento;
- Durata complessiva del progetto e periodo di svolgimento;
- Giorni e orari dettagliati di accesso ai locali scolastici;

4. Modalità di svolgimento degli interventi

Dichiara, come da progetto allegato, che l'intervento sarà svolto (scegliere una delle opzioni)

- all'interno della classe
- in rapporto individuale in spazi dedicati al di fuori della classe,

pertanto allega gli estremi della propria assicurazione professionale.

5. Definizione degli orari:

Dichiara che la calendarizzazione e gli orari di accesso sono stati/saranno preventivamente concordati con il team/consiglio di classe dei docenti, al fine di garantire la continuità didattica e nel pieno rispetto della regolare programmazione didattica

Luogo e data: _____,

Firma per estesa dello Specialista / Terapista

(Si allega copia del documento di identità dello specialista in corso di validità, estremi della propria polizza assicurativa e Progetto di intervento/osservazione firmato anche dai genitori/tutori dell'alunno)