



ISTITUTO TECNICO ECONOMICO STATALE
LEONARDO DA VINCI
SANTA MARIA CAPUA VETERE



Amministrazione, Finanza e Marketing (AFM)
Relazioni Internazionali per il Marketing (RIM)
Sistemi Informativi Aziendali (SIA)
Turismo
Potenziamento Sportivo
Trasporti e Logistica
Logistica
Conduzione del Mezzo Navale
Conduzione del Mezzo Aereo
Corso Serale C.P.I.A. (AFM e SIA)

PROTOCOLLO ACCESSO A SCUOLA TERAPISTI E ASSISTENTI SPECIALISTICI 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 e degli assistenti specialistici nell'Istituto "Leonardo da Vinci" e stabilire norme di comportamento, tempi e modalità di intervento.

L'ITES "Leonardo da Vinci" consente l'accesso di terapisti e specialisti (pubblici e privati) a supporto degli alunni disabili presenti nella scuola secondaria di II 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 GLO.

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 A SCUOLA DEI TERAPISTI E DEGLI ASSISTENTI SPECIALISTICI 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.
- 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'ITES "Leonardo da Vinci" di Santa Maria Capua Vetere.
- 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 DIRIGENTE SCOLASTICO

(Prof.^{ssa} Carmela MASCOLO)

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

Al Dirigente Scolastico
dell'ITES "L. da Vinci"

Oggetto: **Richiesta di autorizzare ingresso del terapeuta/professionista/assistente specialistico a scuola**

Il sottoscritto genitore dell'alunna/o _____

iscritto/a alla classe _____ sez. _____

chiede

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

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

(*Prof.^{ssa} Carmela MASCOLO*)

*Firma autografa omessa ai sensi. 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
