

# FUTURA

# LA SCUOLA PER L'ITALIA DI DOMANI



Finanziato  
dall'Unione europea  
NextGenerationEU



Ministero dell'Istruzione



Italiadomani  
INNOVAZIONE E QUALITÀ NELLA DIDATTICA



**Ministero dell'Istruzione e del Merito**

Istituto Comprensivo "Q. Di Vona" - C.F. 91548230159

Via L- Da Vinci, 2 - 20062 Cassano d'Adda

Tel: 036360061 email: [miic8cc00p@istruzione.it](mailto:miic8cc00p@istruzione.it)

pec: [miic8cc00p@pec.istruzione.it](mailto:miic8cc00p@pec.istruzione.it)

[www.icqdivona.edu.it](http://www.icqdivona.edu.it)



## PROTOCOLLO ACCESSO TERAPISTA

DELIBERA DEL CONSIGLIO D'ISTITUTO N. 116 DEL 31/03/2025

### VADEMECUM:

**Prima di accedere genitori /tutori dovranno inviare tramite mail i seguenti modelli:**

**Mod. A per richiedere autorizzazione terapeuta/esperto per osservazione in classe**

**Mod. D per richiedere un colloquio con terapeuta e insegnanti:**

**Nel caso di osservazione esperto/terapeuta in classe le insegnanti consegnano alle famiglie della classe/sezione interessate il Mod. C che ritireranno debitamente compilato.**

**Gli specialisti e/o educatori compileranno e invieranno tramite mail**

**Mod. B e la Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione con allegato documento di identità.**

**RICHIESTA ACCESSO TERAPISTA E/O EDUCATORE PER  
REALIZZAZIONE INTERVENTO DI OSSERVAZIONE IN AMBITO ED  
ORARIO SCOLASTICO**

I sottoscritti...../.....genitori  
dell'alunno/a.....frequentante la classe .....sez.... del plesso .....  
del IC Quintino di Vona

**CHIEDONO**

che il dottor....., in qualità di  
.....facente parte dell'associazione.....,  
possa entrare nella classe per intervento di osservatore, relativo a nostro/a figlio/a, da attuare in orario  
scolastico affiancando i docenti della classe.

**AUTORIZZANO**

La scuola a predisporre l'informativa (Mod. C) per i genitori della classe in cui viene indicato che la  
presenza del terapeuta 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 terapeuti e/ educatori predisposto dalla  
scuola e collegato al Piano Inclusione e di accettarne le disposizioni.

Allego il calendario di intervento di osservazione

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

luogo e data

.....

firme genitori

.....

.....

\*Dichiarazione assunta in caso di firma di un solo genitore:

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del  
DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/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.

Data \_\_\_\_\_

Firma del Genitore Dichiarante

\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI RISPETTO DELLA 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.

Sollewa altresì l'amministrazione scolastica da qualsiasi responsabilità in ordine ad infortuni o sinistri accidentali come parte lesa.

luogo e data

.....

Firma

.....

**INFORMATIVA PRIVACY GENITORI  
INGRESSO TERAPISTI ESTERNI**

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

**DICHIARANO**

di aver preso visione della comunicazione relativa all'intervento di "osservazione su un componente della classe" da parte del/della dott./dott.ssa.....

luogo e data

.....

Firma dei genitori

.....  
.....

\*Dichiarazione assunta in caso di firma di un solo genitore:

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/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.

Data \_\_\_\_\_

Firma del Genitore Dichiarante

\_\_\_\_\_

**RICHIESTA INCONTRO TECNICO**

I sottoscritti...../..... 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

.....  
.....

\*Dichiarazione assunta in caso di firma di un solo genitore:

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/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.

Data \_\_\_\_\_

Firma del Genitore Dichiarante

\_\_\_\_\_

firma terapeuta

.....

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA 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 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'irrazionalità 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 del protocollo accesso terapeuti 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.O.F.T.;

Cassano d'Adda, \_\_\_\_\_

Il Dichiarante

\_\_\_\_\_