



ISTITUTO COMPRENSIVO COAZZE

Via San Sebastiano n. 3 - 10094 GIAVENO TO - Tel. 011.9376083

CODICE UNIVOCO: UFQOQ5

Codice ministeriale: TOIC86800N - Codice Fiscale: 86045820015

e-mail istituzionale (PEO): TOIC86800N@istruzione.it

e-mail certificata (PEC): TOIC86800N@pec.istruzione.it

sito internet: www.iccoazze.edu.it



PROTOCOLLO ACCESSO ESPERTI IN AULA

ANNO SCOLASTICO 20 __/__

OGGETTO: COMUNICAZIONE DI ACCESSO E IMPEGNO DI RISERVATEZZA — SERVIZIO SANITARIO / ENTE CONVENZIONATO¹

1. DATI DELL'OPERATORE SANITARIO / SPECIALISTA

Il/La sottoscritto/a: _____, nato/a a: _____ Prov. (____), il: _____

Codice Fiscale: _____

Qualifica professionale: _____

Ordine / Albo Professionale: _____ N. Iscrizione: _____

Azienda Sanitaria / Ente Accreditato di appartenenza: _____

Servizio / Unità Operativa (es. NPIA, UONPIA, Sanità Pubblica): _____

E-mail / PEC: _____ Telefono: _____

2. OGGETTO DELLA COMUNICAZIONE DI ACCESSO

Incaricato dell'intervento per l'alunno/a: _____

Iscritto/a presso il Plesso: _____ Classe/Sez.: _____

Finalità dell'osservazione/intervento: _____

(es. aggiornamento Profilo di Funzionamento, verifica PEI, osservazione logopedica/neuropsichiatrica, raccordo con i docenti)

Date e orari concordati: _____

¹ Riferimenti normativi: L. 104/1992; D.Lgs. 20/2024; Raccomandazione n. 1/2025 dell'Autorità Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità; Regolamento UE 2016/679 (GDPR).

N.B: Il presente modulo costituisce comunicazione di servizio e formale atto di impegno alla riservatezza per gli operatori sanitari/multidisciplinari pubblici o convenzionati. Non costituisce richiesta di autorizzazione discrezionale, né richiede il consenso dei genitori degli altri alunni.

3. DICHIARAZIONI DI RISERVATEZZA E MODALITÀ DI PERMANENZA IN AULA

Il/La sottoscritto/a, nell'accedere ai locali scolastici per le finalità terapeutico-riabilitative/valutative sopra indicate, **SI IMPEGNA A:**

- Svolgere la propria attività esclusivamente alla presenza del docente di classe o di sostegno referente dell'alunno.
- Mantenere l'intervento strettamente limitato all'alunno/a assegnato/a, astenendosi da qualsiasi interazione con gli altri compagni di classe o raccolta di dati relativi ad essi.
- Mantenere un comportamento discreto e non invasivo, al fine di non interferire con il normale svolgimento delle attività didattiche della classe.
- Rispettare il segreto professionale e la normativa sulla Privacy (Regolamento UE 2016/679 - GDPR): assicurare la massima riservatezza sulle informazioni, notizie e dati personali o giudiziari riguardanti la classe, gli alunni e il personale scolastico di cui dovesse venire a conoscenza.

Data: _____

Firma dello Specialista / Operatore Sanitario: _____

4. PARTE RISERVATA ALL'ISTITUZIONE SCOLASTICA

Data ricezione comunicazione: _____ N. Protocollo: _____

[] Visto del Dirigente Scolastico per presa d'atto della comunicazione e formale rilascio dell'autorizzazione all'accesso.

[] Informativa preventiva inviata ai docenti del team/consiglio di classe e alle famiglie degli alunni della classe.

Data: _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

(Firma e timbro dell'Istituto) _____