



ISTITUTO COMPRENSIVO COAZZE

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

CODICE UNIVOCO: UFCOQ5

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: RICHIESTA DI ACCESSO, PROGETTO DI OSSERVAZIONE E DICHIARAZIONE DI RISERVATEZZA¹

1. DATI DELL'OPERATORE SANITARIO / SPECIALISTA

Nome e Cognome: _____, nato/a a: _____ Prov. (____), il: _____

Codice Fiscale: _____

Qualifica professionale: _____

Ordine / Albo Professionale: _____ N. Iscrizione: _____

Polizza Assicurativa R.C. N.: _____ Compagnia: _____

E-mail / PEC: _____ Telefono: _____

ALLEGATI OBBLIGATORI A CARICO DEL PROFESSIONISTA PRIVATO:

- ☐ Curriculum Vitae aggiornato e firmato
- ☐ Autocertificazione assenza condanne penali/carichi pendenti (D.P.R. 313/2002 e D.Lgs. 39/2014)
- ☐ Copia della Polizza Assicurativa R.C. Professionale in corso di validità
- ☐ Progetto sintetico di osservazione controfirmato dai genitori (Sezione 2)

2. PROGETTO SINTETICO DI OSSERVAZIONE / SUPPORTO

- Obiettivi e finalità dell'osservazione:

¹ Riferimenti normativi: D.Lgs. 20/2024; Raccomandazione n. 1/2025 Garante Naz. Disabilità; D.P.R. 313/2002; D.Lgs. 39/2014; Regolamento UE 2016/679 (GDPR).

N.B.: Il presente modulo deve essere presentato alla segreteria almeno 10 giorni prima dell'accesso previsto, corredato di tutta la documentazione richiesta. L'accesso è subordinato all'autorizzazione formale del Dirigente Scolastico.

- Modalità: ☐ Osservazione passiva ☐ Supporto/Interazione diretta ☐ Altro: _____
- Date, orari e durata previsti: _____

3. DICHIARAZIONE DI RISERVATEZZA E IMPEGNO PROFESSIONALE

Il/La sottoscritto/a professionista si impegna formalmente a:

- Rispettare la presenza del docente di classe e non interagire con gli altri alunni.
- Svolgere l'intervento esclusivamente alla presenza del personale docente e senza interferire con le attività didattiche del gruppo classe
- Garantire la non invasività dell'osservazione per il regolare svolgimento delle lezioni.
- Rispettare l'assoluto divieto di interazione con gli altri compagni e di raccolta/trattamento di dati riguardanti terzi
- Mantenere il segreto professionale e la tutela della Privacy ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR).
- Redigere e condividere al termine dell'osservazione una relazione di restituzione con la scuola e la famiglia.

Data: _____

Firma Genitori / Tutori: _____

Firma dell'Esperto Privato Incaricato: _____

4. VALUTAZIONE ED AUTORIZZAZIONE DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

- Data ricezione istanza: _____ N. Protocollo: _____
- Esito consultazione GLO / Team Docenti: _____
- ☐ **SI AUTORIZZA** l'accesso dell'esperto privato secondo le modalità e il calendario concordati.
- ☐ **SI NEGA** l'autorizzazione per la seguente motivazione: _____

Data: _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

(Firma e timbro dell'Istituto) _____