



Ministero dell'Istruzione e del Merito



Istituto Comprensivo Statale "A. Diaz"

Via Giovanni XXIII, 8 – 20821 Meda (MB)

Infanzia Polo: MBAA85901L – Primaria Polo: MBEE85901T

Primaria A. Diaz: MBEE85902V – Secondaria di 1° grado A. Frank: MBMM85901R



Tel. 036270960 – 70411 - **Fax** 0362333962

PEO: MBIC85900Q@istruzione.it – **PEC:** MBIC85900Q@pec.istruzione.it

Sito web: <https://icdiazmeda.edu.it/>

CUU: UFMVVJ – **CF:** 91074020156 – **CM:** MBIC85900Q



PROTOCOLLO DI GESTIONE DEI RAPPORTI SPECIALISTI/FAMIGLIE/SCUOLA NEI RIGUARDI DI ALUNNI BES

Il seguente protocollo ha l'intento di regolamentare alcuni aspetti della vita scolastica degli alunni BES.

Nello specifico si rivela la necessità di dare precise indicazioni in merito a:

1. Accesso in classe di specialisti e terapeuti indicati dalle famiglie;
2. Compilazione di documenti/relazioni su richiesta delle famiglie;
3. Compilazione di richiesta incontro con specialisti da parte dei docenti;
4. Condivisione del Piano Educativo Individualizzato (PEI)
5. Condivisione del Piano Didattico Personalizzato (PDP)

1. Accesso in classe di specialisti e terapeuti indicati dalle famiglie

Al solo fine di osservazione, è possibile far accedere in classe un professionista specializzato in problematiche legate all'apprendimento, al comportamento e/o esperto in tematiche antropo-psico-pedagogiche.

Il professionista, una volta condivisi gli interventi con la famiglia dell'alunno che ha in carico, avrà cura di comunicare al Dirigente Scolastico le sostanziali caratteristiche del "progetto di osservazione" che intende realizzare (la finalità, gli obiettivi, le modalità, ...)

I genitori di tutti gli alunni appartenenti al gruppo classe/sezione saranno informati dalla Scuola in merito agli interventi dello specialista e decideranno, con la massima libertà, se autorizzare il proprio figlio alla partecipazione.

Il professionista è tenuto a limitarsi all'osservazione degli elementi concordati, rispettando la privacy degli alunni presenti in classe e adottando le modalità più discrete possibili, al fine di non interferire nel regolare svolgimento delle lezioni.

Nello specifico le azioni da mettere in atto sono:

1. richiesta da parte dei genitori (tutori/affidatari) per l'accesso dello specialista da presentare presso la Segreteria Didattica (Allegato 1);
2. presentazione del "progetto di osservazione", unitamente alla richiesta dei genitori tutori/affidatari). Si tratta di un documento elaborato dallo specialista (utilizzare carta intestata della struttura o del professionista) contenente le seguenti informazioni:
 - a. motivazione dettagliata dell'osservazione;
 - b. finalità, obiettivi, modalità dell'osservazione;
 - c. durata del percorso: data di inizio e fine, giorni e orari di accesso;
 - d. garanzia di flessibilità organizzativa.

Alla domanda dovrà essere allegato documento di identità in corso di validità dello specialista/terapista che effettuerà l'osservazione e il progetto dovrà essere sottoscritto dai genitori (tutori/affidatari) dell'alunno interessato

2. Prima dell'accesso, il terapeuta/specialista dovrà consegnare alla Segreteria dell'istituzione scolastica, debitamente compilati e firmati, i seguenti documenti:

- dichiarazione assenza condanne penali-antipedofilia (modello come da allegato 2);
- dichiarazione sostitutiva di certificazione (ai sensi degli art. 46 e 47 del d.p.r. n. 445 del 28 dicembre 2000) sull'insussistenza delle cause di inconferibilità e incompatibilità di cui al DLgs. n. 39 del 8 aprile 2013 modificato in legge n. 98 del 9 agosto 2013 (modello come da allegato 3);
- dichiarazione di rispetto della normativa sulla privacy a garanzia di tutte le informazioni che verranno acquisite (modello come da allegato 4).

3. Il Dirigente scolastico trasmette informativa ai docenti e ai genitori degli alunni della classe/sezione interessata dal "progetto di osservazione" relativa a tempi e modalità dell'accesso in classe del terapeuta/specialista.

4. I genitori (tutori/affidatari) di tutti gli alunni della classe/sezione dichiarano di aver preso visione dell'informativa relativa all'accesso in classe degli specialisti/ (allegato 5) e firmano il consenso per il loro figlio/a.

Qualora fosse necessario, per mancato consenso di uno o più genitori (tutori/affidatari), l'alunno per cui è stato organizzato il "progetto di osservazione" potrà essere inserito in un gruppo ristretto rispetto al gruppo classe/sezione.

6. Il Dirigente scolastico, una volta acquisita tutta la documentazione indicata nei punti precedenti, procederà all'autorizzazione definitiva in forma scritta, che sarà comunicata alle parti interessate, tramite l'ufficio di segreteria, nei tempi previsti.

3. Compilazione di richiesta incontro con specialisti da parte dei docenti

Al fine di poter contattare gli specialisti di riferimento in occasione dei GLO/ GLI e in caso di necessità per confronti durante l'intero anno scolastico, i docenti consegneranno alle famiglie il modello "Richiesta incontro con lo specialista e i docenti" (allegato 6).

Qualora i colloqui avvenissero fuori dall'Istituto Scolastico sia in orario scolastico che extrascolastico, i docenti dovranno anche compilare il modello "Richiesta autorizzazione per incontro con specialisti" (allegato 7).

Entrambi i modelli dovranno essere consegnati in segreteria didattica almeno cinque prima della data prevista per l'incontro.

4. Compilazione di documenti/relazioni su richiesta delle famiglie

Qualora le famiglie abbiano necessità di chiedere la compilazione di documenti e di relazioni da parte dei docenti per enti esterni, dovranno seguire la seguente procedura:

- richiesta scritta da consegnare in Segreteria, contenente la motivazione dettagliata ed indicazione dell'Ente/Specialista esterno che ne richieda la compilazione;
- valutazione da parte del Dirigente Scolastico sulla conformità della richiesta, nel rispetto della normativa vigente e della privacy;
- consegna ai genitori (tutori/affidatari) della documentazione tramite la segreteria.

5. Condivisione del Piano Educativo Individualizzato (PEI)

Il Documento è redatto e condiviso con la famiglia in sede di GLO, e in seguito protocollato della segreteria didattica e caricato sul registro elettronico nella bacheca personale dell'alunno.

6. Condivisione del Piano Didattico Personalizzato (PDP)

Il Documento redatto dai docenti viene condiviso con le famiglie/specialisti in presenza, nelle date calendarizzate annualmente secondo il piano delle attività. Successivamente alla firma di tutte le parti coinvolte, la segreteria didattica procede al caricamento sul registro elettronico nella bacheca personale dell'alunno, del documento protocollato.

DOCUMENTO APPROVATO NELLA SEDUTA DEL 06-05-2025, CON DELIBERA N. 50 E DAL CONSIGLIO DI ISTITUTO NELLA SEDUTA DEL 07-07-2025 CON DELIBERA N. 40.

ALLEGATO _ 1



Ministero dell'Istruzione e del Merito

Istituto Comprensivo Statale "A. Diaz"

Via Giovanni XXIII, 8 - 20821 Meda (MB)

Infanzia Polo: MBAA85901L - Primaria Polo: MBEE85901T

Primaria A. Diaz: MBEE85902V - Secondaria di 1° grado A. Frank: MBMM85901R



Tel. 036270960 - 70411 - Fax 0362333962

PEO: MBIC85900Q@istruzione.it - PEC: MBIC85900Q@pec.istruzione.it

Sito web: <https://icdiazmeda.edu.it/>

CUU: UFMVVJ - CF: 91074020156 - CM: MBIC85900Q



RICHIESTA INGRESSO SPECIALISTA/TERAPISTA (GENITORE)

Al Dirigente Scolastico del

I sottoscritti _____ e
_____ genitori dell'alunno
_____ frequentante la classe ____ sez. ____ del plesso
_____ a.s. ____ / ____

CHIEDONO

che il dottor/genitore _____, in qualità di
_____ facente parte della cooperativa/associazione
_____ possa entrare nella classe per
effettuare l'osservazione/la terapia della/del nostra/o figlia/o e AUTORIZZANO la scuola a
predisporre la circolare informativa, per i genitori della classe, in cui viene indicato che la
presenza del terapeuta/genitore esterno è legata ad un'attività di osservazione di un componente
della classe.

Data _____

Firma dei genitori(tutori/affidatari) *

*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.

ALLEGATI:

- 1) Progetto di osservazione del terapeuta
- 2) documento di identità dello specialista

Firma del genitore (tutori/affidatari)* _____

ALLEGATO_2



Ministero dell'Istruzione e del Merito

Istituto Comprensivo Statale "A. Diaz"

Via Giovanni XXIII, 8 - 20821 Meda (MB)

Infanzia Polo: MBAA85901L - Primaria Polo: MBEE85901T

Primaria A. Diaz: MBEE85902V - Secondaria di 1° grado A. Frank: MBMM85901R



Tel. 036270960 - 70411 - Fax 0362333962

PEO: MBIC85900Q@istruzione.it - PEC: MBIC85900Q@pec.istruzione.it

Sito web: <https://icdiazmeda.edu.it/>

CUU: UFMVVJ - CF: 91074020156 - CM: MBIC85900Q



Al Dirigente Scolastico

AUTOCERTIFICAZIONE ASSENZA CONDANNE PENALI - ANTIPEDOFILIA

Dati anagrafici:

Cognome: _____ Nome _____
nato/a il _____ a _____ (_____)
residente a _____
(_____) in via _____ Cap. _____ Cell. _____
_____ C.F. _____ - e-mail _____

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 e all'art. 47 del citato D.P.R., integrato dall'art. 15 della Legge n. 3 del 16 gennaio 2003, in riferimento all'entrata in vigore del Decreto Legislativo n. 39 del 4 marzo 2014, in attuazione della direttiva 2011/93/UE relativa alla lotta contro l'abuso e lo sfruttamento sessuale dei minori e la pornografia minorile

D I C H I A R A

NON AVERE SUBITO CONDANNE per taluno dei reati di cui agli artt. 600 - bis, 600 - ter, 600 - quater, 600 - quinquies e 609 - undecies del codice penale ovvero l'irrogazione di sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori;

e NON GLI/LE SONO STATE IRROGATE sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori;

NON ESSERE A CONOSCENZA di essere sottoposto a procedimenti penali per i reati sopra menzionati.

Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al Decreto Legislativo n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e ne **AUTORIZZA** il trattamento.

Lì, _____

FIRMA

ALLEGATO 3



Ministero dell'Istruzione e del Merito

Istituto Comprensivo Statale "A. Diaz"

Via Giovanni XXIII, 8 – 20821 Meda (MB)

Infanzia Polo: MBAA85901L – Primaria Polo: MBEE85901T

Primaria A. Diaz: MBEE85902V – Secondaria di 1° grado A. Frank: MBMM85901R



Tel. 036270960 – 70411 - Fax 0362333962

PEO: MBIC85900Q@istruzione.it – PEC: MBIC85900Q@pec.istruzione.it

Sito web: <https://icdiazmeda.edu.it/>

CUU: UFMVVJ – CF: 91074020156 – CM: MBIC85900Q



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. N. 445 del 28 DICEMBRE 2000)
SULL'INSUSSISTENZA DELLA CAUSE DI INCONFERIBILITA' ED
INCOMPATIBILITA' DI CUI AL DLGS. N. 39 del 8 APRILE 2013
MODIFICATO IN LEGGE N. 98 del 9 AGOSTO 2013**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

- Consapevole che ai sensi dell'art. del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, rilasciare dichiarazioni mendaci, formare atti falsi e farne uso nei casi previsti del medesimo decreto costituisce condotta punibile ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia;
- Consapevole delle conseguenze di cui all'art. 20, comma 5 del DLgs. 39/2013, in caso di dichiarazioni mendaci;

DICHIARA

di non trovarsi in alcuna delle situazioni di inconferibilità e/o incompatibilità previste dal DLgs. n. 39 del 8 Aprile 2013.

Con riferimento alle cause di inconferibilità, dichiara:

- Di non aver riportato condanne, anche con sentenze non passate in giudicato, per uno dei reati previsti dal Capo I del titolo II del libro II del codice penale (Art.3 DLgs. n. 39 /2013);
- Di non trovarsi nelle cause di inconferibilità di cui agli artt. 3, 4, e 7 del DLgs. n. 39 /2013;
- L'assenza delle fattispecie riconducibili agli artt. 2382 e 2391 codice civile.

Con riferimento alle cause di incompatibilità, dichiara:

- Di non trovarsi nelle cause di incompatibilità di cui all'articolo 9 del DLgs. n. 39 2013;
- Di non trovarsi nelle cause di incompatibilità di cui all'articolo 10 del DLgs. n. 39 2013;
- Di non trovarsi nelle cause di incompatibilità di cui all'articolo 11 del DLgs. n. 39 2013;
- Di non trovarsi nelle cause di incompatibilità di cui all'articolo 12 del DLgs. n. 39 2013;
- Di non trovarsi nelle cause di incompatibilità di cui all'articolo 13 del DLgs. n. 39 2013;

FIRMA DEL DICHIARANTE

ALLEGATO_4



Ministero dell'Istruzione e del Merito

Istituto Comprensivo Statale "A. Diaz"

Via Giovanni XXIII, 8 - 20821 Meda (MB)

Infanzia Polo: MBAA85901L - Primaria Polo: MBEE85901T

Primaria A. Diaz: MBEE85902V - Secondaria di 1° grado A. Frank: MBMM85901R



Tel. 036270960 - 70411 - Fax 0362333962

PEO: MBIC85900Q@istruzione.it - PEC: MBIC85900Q@pec.istruzione.it

Sito web: <https://icdiazmeda.edu.it/>

CUU: UFMVVJ - CF: 91074020156 - CM: MBIC85900Q



DICHIARAZIONE DI IMPEGNO ALLA RISERVATEZZA E TUTELA DELLA PRIVACY (TERAPISTA/SPECIALISTA)

Al Dirigente Scolastico

Il/La sottoscritto/a

_____ nato/a a
_____ il _____ CF: _____ in
qualità di _____ dell'alunno/a
_____ frequentante la
sezione/classe _____

SI IMPEGNA

in nome proprio, nonché, ai sensi dell'art. 1381 c.c.,

- a considerare le informazioni confidenziali e riservate come strettamente private e ad adottare tutte le ragionevoli misure finalizzate a mantenerle tali;
- a utilizzare le Informazioni confidenziali e riservate unicamente allo scopo per le quali sono state fornite o rese note, impegnandosi a non divulgarle a soggetti terzi;
- a non usare tali informazioni in modo da poter arrecare qualsivoglia tipo di danno ai soggetti coinvolti né all'Istituzione scolastica ospitante;
- a non utilizzare in alcun modo i dati e le informazioni in discorso per scopi diversi dall'attività svolta; a garantire la massima riservatezza, anche in osservanza alla vigente normativa sulla privacy, ai sensi del GDPR 2016/679 e del D. L.vo 101/2018, affinché tutte le informazioni acquisite non potranno in alcun modo e per alcuna ragione essere utilizzate a proprio o altrui profitto e/o essere divulgate e/o riprodotte o comunque rese note a soggetti terzi.

Gli impegni assunti nel presente documento non si applicano alle informazioni, o a parte delle stesse, che nel momento in cui vengono rese note, direttamente o indirettamente, siano già di pubblico dominio o siano già in possesso del soggetto prima all'attività concordata.

Data _____

Firma _____

ALLEGATO_5



Ministero dell'Istruzione e del Merito

Istituto Comprensivo Statale "A. Diaz"

Via Giovanni XXIII, 8 – 20821 Meda (MB)

Infanzia Polo: MBAA85901L – Primaria Polo: MBEE85901T

Primaria A. Diaz: MBEE85902V – Secondaria di 1° grado A. Frank: MBMM85901R



Tel. 036270960 – 70411 - Fax 0362333962

PEO: MBIC85900Q@istruzione.it – PEC: MBIC85900Q@pec.istruzione.it

Sito web: <https://icdiazmeda.edu.it/>

CUU: UFMVVJ – CF: 91074020156 – CM: MBIC85900Q



DICHIARAZIONE CONSENSO PER ACCESSO IN CLASSE DI TERAPISTI/SPECIALISTI

Io sottoscritto

Padre(tutore/affidatario) del minore

Io sottoscritta

Madre (tutrice/affidataria)del minore

DICHIARIAMO di aver preso visione della informativa relativa all'intervento di un terapeuta/specialista (o genitore) per il progetto di osservazione su un componente della classe/sezione da parte di

Data _____

Firma dei genitori (tutori/affidatari)

ALLEGATO_6



Ministero dell'Istruzione e del Merito

Istituto Comprensivo Statale "A. Diaz"

Via Giovanni XXIII, 8 - 20821 Meda (MB)

Infanzia Polo: MBAA85901L - Primaria Polo: MBEE85901T

Primaria A. Diaz: MBEE85902V - Secondaria di 1° grado A. Frank: MBMM85901R



Tel. 036270960 - 70411 - Fax 0362333962

PEO: MBIC85900Q@istruzione.it - PEC: MBIC85900Q@pec.istruzione.it

Sito web: <https://icdiazmeda.edu.it/>

CUU: UFMVVJ - CF: 91074020156 - CM: MBIC85900Q



RICHIESTA INCONTRO CON LO SPECIALISTA E I DOCENTI

Ai Genitori dell'alunno/a _____

plesso _____

OGGETTO: **Richiesta d'incontro con lo specialista e i docenti**

I docenti _____

C H I E D O N O per l'anno scolastico _____ / _____

ai Genitori dell'alunno/a _____

frequentante la classe _____ sezione _____ plesso _____

l'**AUTORIZZAZIONE** a contattare **telefonticamente** o ad **incontrare** lo specialista _____

_____, per un confronto sugli aspetti educativi/didattici.

F i r m a d e i D o c e n t i

Noi sottoscritti _____

Genitori dell'alunno/a **AUTORIZZIAMO** all'incontro.

F i r m a d e i G e n i t o r i

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Valeria Cereda

ALLEGATO _7



Ministero dell'Istruzione e del Merito



Istituto Comprensivo Statale "A. Diaz"

Via Giovanni XXIII, 8 – 20821 Meda (MB)

Infanzia Polo: MBAA85901L – Primaria Polo: MBEE85901T

Primaria A. Diaz: MBEE85902V – Secondaria di 1° grado A. Frank: MBMM85901R



Tel. 036270960 – 70411 - **Fax** 0362333962

PEO: MBIC85900Q@istruzione.it – **PEC:** MBIC85900Q@pec.istruzione.it

Sito web: <https://icdiazmeda.edu.it/>

CUU: UFMVVJ – **CF:** 91074020156 – **CM:** MBIC85900Q



RICHIESTA AUTORIZZAZIONE PER INCONTRO CON SPECIALISTI

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto **Comprensivo Statale**
"A. Diaz" - Meda (MB)

Il/La sottoscritto/a _____

In servizio presso questo Istituto **Comprensivo Statale** "A. Diaz" in qualità di:

DOCENTE **Tempo Determinato** **Tempo Indeterminato**

nel plesso: **INFANZIA** **PRIMARIA "POLO"** **PRIMARIA "A. DIAZ"** **"A. FRANK"**

c h i e d e

di essere autorizzato/a ad incontrare gli specialisti che seguono l'alunno/a _____ per informazioni relative allo stesso.

In proposito si precisa quanto segue:

L'incontro si terrà presso la sede _____ il
giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

In orario di servizio **Fuori dall'orario di servizio**

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare per tempo l'eventuale necessità di sostituzione nella classe (o per il proprio alunno), concordando soluzioni con il Collaboratore di plesso.

Meda, _____

Firma dell'interessato/a

+++++

- Si autorizza
 NON si autorizza

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Valeria Cereda