



Ministero dell'Istruzione e del Merito

Cambridge English
Exam Preparation Centre

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 rileva la necessità di dare precise indicazioni in merito a:

1. Accesso in classe di specialisti e terapisti 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 terapisti 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 antro-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 di rispetto della normativa sulla privacy a garanzia di tutte le informazioni che verranno acquisite (modello come da allegato 2).

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 3) 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.

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

2. 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 4).

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 5).

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

3. 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.

4. 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.

5. 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 DAL COLLEGIO DEI DOCENTI NELLA SEDUTA DEL 24/03/2026 CON DELIBERA N. 34 E DAL CONSIGLIO DI ISTITUTO NELLA SEDUTA DEL 25/05/2026 CON DELIBERA N. 81.

ALLEGATO_



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/riciesta 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_



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/aa

_____ il _____ CF: _____ in

qualità di _____

_____ dell'alunno/a _____

_____ frequentante

la sezione/classe _____

SI IMPEGNA

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



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 _____

CHIEDONO

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.

Firma dei Docenti

Noi sottoscritti _____

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

Firma dei Genitori

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Valeria
Cereda

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



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"**

chiede

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

In proposito si precisa quanto segue:

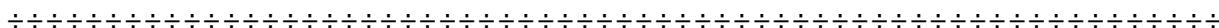
L'incontro si terrà presso la sede _____ il
giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

- **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