DICHIARAZIONE DI RISERVATEZZA PROFESSIONISTA SANITARIO ESTERNO INCARICATO

Nelle ipotesi di accesso di professionisti sanitari esterni incaricati (dipendenti della ASL, di ente/struttura accreditata e/o autorizzata presso il SSN/SSR, ovvero iscritti ai rispettivi albi professionali e coinvolti nel piano terapeutico, riabilitativo, assistenziale o nel progetto di vita dell'alunno con disabilità), necessari per l'attuazione del progetto personalizzato in favore di alunni e studenti con disabilità, è prevista una dichiarazione dello specialista in ordine al rispetto di tutte le disposizioni in materia di riservatezza, con l'impegno a non interagire direttamente con gli alunni non interessati e a permanere nella classe sempre in presenza del docente (*Rif. Raccomandazione n. 1/2025 del Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità).*

Con la firma della presente dichiarazione, il sottoscritto si impegna a mantenere la massima riservatezza su tutte le informazioni e i dati personali, anche appartenenti a categorie particolari ai sensi dell'art. 9 del Regolamento (UE) 2016/679, di cui venga a conoscenza in ragione del proprio incarico presso l'istituzione scolastica.

Sono da considerarsi riservate, a titolo esemplificativo:

- le informazioni relative alla situazione personale, familiare, sanitaria, psicologica, sociale e scolastica dell'alunno/a;
- i dati contenuti nei PEI (Piani Educativi Individualizzati) e nella documentazione sanitaria o socio-assistenziale;
- le comunicazioni interne con il personale scolastico e gli eventuali verbali delle riunioni;
- ogni altra informazione appresa in occasione o a seguito delle attività specialistica svolta.

Il sottoscrittore:

1. si impegna a non divulgare, comunicare o diffondere in alcun modo le informazioni acquisite, salvo quanto strettamente necessario per finalità istituzionali e nei limiti delle proprie competenze;
2. si impegna a utilizzare i dati e le informazioni esclusivamente per gli scopi istituzionali connessi alla propria funzione;
3. si impegna a custodire con diligenza eventuali documenti o supporti contenenti dati personali;

L'obbligo di riservatezza ha durata illimitata e permane anche dopo la cessazione dell'incarico.

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

in qualità di _____ presso l'istituto _____

dichiara di aver letto e compreso integralmente il contenuto della presente dichiarazione e si impegna a rispettarne le disposizioni.

Luogo e data _____ Firma del dichiarante _____