



DICHIARAZIONE DI IMPEGNO ALLA RISERVATEZZA

Per professionisti sanitari esterni

Il/La sottoscritto/a _____

Qualifica Professionale _____

Iscritto/a all'Ordine/Albo _____

di _____

in relazione all'accesso presso i locali dell'Istituto per lo svolgimento di attività in favore
dell'alunno/a _____,
classe _____ sez. _____

Il/La sottoscritto/a si impegna a:

- mantenere il più rigoroso segreto professionale in merito a fatti, informazioni e dati di cui venga a conoscenza durante la permanenza nell'Istituto, nel pieno rispetto anche della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/679);
- interagire esclusivamente con l'alunno/a sopra citato/a, astenendosi da qualsiasi forma di contatto o interazione con altri alunni presenti in classe o nell'Istituto;
- operare all'interno dell'aula esclusivamente in presenza del docente di classe o di altro personale scolastico incaricato;
- rispettare le disposizioni organizzative impartite dal Dirigente Scolastico per garantire il regolare svolgimento delle attività didattiche.

Luogo e Data: _____

Firma del Professionista: _____