

OGGETTO: Dichiarazione di impegno alla riservatezza e autorizzazione al trattamento dei dati (GDPR 679/2016).

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il ____/____/____

residente a _____ via _____

in qualità di (specificare professione: psicologo, logopedista, terapeuta ecc.) _____

iscritto/a all'Albo/Ordine _____ n. _____

incaricato dalla famiglia dell'alunno/a _____ frequentante la classe _____
sez. _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

di essere ammesso/a nei locali dell'Istituto Scolastico per lo svolgimento di attività di osservazione finalizzate al supporto del percorso di inclusione dell'alunno/a sopra citato/a, e a tal fine

SI IMPEGNA A:

1. **Riservatezza assoluta:** Mantenere il più stretto riserbo su ogni dato (personale, sensibile o giudiziario) e informazione di cui venga a conoscenza durante la permanenza nei locali scolastici, con particolare riferimento all'identità, ai comportamenti e alle dinamiche relazionali di **tutti gli altri alunni** della classe.
2. **Finalità dell'osservazione:** Limitare l'attività di osservazione esclusivamente alle finalità previste dal Piano Educativo Individualizzato (PEI) o dalle necessità terapeutico-riabilitative del minore per cui è stata richiesta la consulenza.
3. **Divieto di registrazione:** Non effettuare riprese video, scatti fotografici o registrazioni audio all'interno delle classi o degli spazi scolastici, salvo esplicita e ulteriore autorizzazione scritta del Dirigente Scolastico e acquisizione del consenso dei genitori di tutti gli interessati.
4. **Trattamento dei dati dei terzi:** Redigere eventuali relazioni o verbali di osservazione in modo tale da garantire l'**anonimato dei compagni di classe**, utilizzando espressioni generiche (es. "un compagno", "il gruppo classe") qualora fosse necessario citare interazioni sociali.

5. **Sicurezza e Regolamento:** Rispettare i regolamenti interni d'Istituto, le norme sulla sicurezza e le indicazioni fornite dal personale docente per non interferire con il normale svolgimento delle lezioni.
6. **Restituzione:** A non divulgare a terzi (ad eccezione della famiglia dell'alunno e dell'equipe clinica di riferimento) le informazioni raccolte, restando inteso che il segreto professionale non esime dal rispetto delle norme sulla protezione dei dati personali dei minori presenti.

La presente autorizzazione ha validità limitata ai giorni/ore: _____

Luogo e Data, _____

Firma dello Specialista

Per presa visione e autorizzazione

Il Dirigente Scolastico
