MINISTERO DELL' ISTRUZIONE E DEL MERITO
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
ISTITUTO COMPRENSIVO VIA DELL'AEROPORTO
Via dell'Aeroporto, 115 - 00175 ROMA - Tel. 067615957
C.F. 97712970587
email: rmic8gh00r@istruzione.it PEC: rmic8gh00r@pec.istruzione.it

Allegato 2

Al Dirigente Scolastico

Dichiarazione e Impegno a cura del Terapista/Professionista Sanitario Esterno

Il/La sottoscritto/a _____
Nato/a a _____
il _____
Residente a _____
in via _____
Codice Fiscale _____
Iscritto/a all'Albo professionale di _____ con n. _____

DICHIARA

Di aver assunto l'incarico (**specificato nel Progetto di Intervento che allego**) per conto dei Sigg. _____
Genitori dell'alunno/a _____,
frequentante la classe _____.

Che l'incarico svolto presso l'Istituto Comprensivo Via dell'Aeroporto non comporta oneri finanziari a carico della scuola.

Di essere titolare di polizza assicurativa professionale n. _____
stipulata con la Compagnia _____.

Pertanto, solleva l'Amministrazione Scolastica da qualsiasi responsabilità in ordine a infortuni o sinistri accidentali che possano verificarsi durante l'accesso e lo svolgimento dell'attività come parte lesa o responsabile.

SI IMPEGNA

a quanto segue:

Rispetto della Normativa sulla Privacy
♣ Di conoscere e rispettare scrupolosamente tutte le disposizioni del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche, in materia di protezione dei dati personali, in particolare dei minori.
♣ Di trattare i dati personali e sensibili di cui verrà a conoscenza, sia dell'alunno/a di riferimento che degli altri alunni e del personale scolastico, unicamente ed esclusivamente per le finalità legate all'intervento e al percorso educativo-terapeutico dell'alunno/a interessato/a.
♣ Di adottare ogni misura necessaria per garantire la riservatezza e la sicurezza dei dati trattati.

Ambito e Limiti dell'Osservazione/Intervento
♣ L'attività di osservazione o intervento sarà strettamente limitata all'alunno/a interessato/a, senza interagire direttamente con gli altri alunni della classe, salvo in casi eccezionali e sempre sotto la supervisione del docente di riferimento e per necessità legate all'intervento sull'alunno interessato/a.
♣ Di astenersi dall'acquisire, registrare, fotografare o filmare, anche in via incidentale, gli altri alunni, i loro dati personali o le dinamiche della classe, a meno che non sia strettamente indispensabile e autorizzato formalmente dal Dirigente Scolastico, con previa acquisizione dei consensi informati delle famiglie di terzi, se necessario.
♣ Di limitare le eventuali annotazioni e documentazioni a quanto strettamente pertinente all'osservazione e all'intervento sull'alunno/a interessato/a, garantendo che eventuali riferimenti ad altri alunni siano anonimi o pseudonimizzati.

Modalità Operative in Classe

♣ Di operare esclusivamente in presenza e sotto la supervisione del Docente di Riferimento della classe (o del docente in servizio nell'ora di accesso), come previsto dalle Linee Guida e dalla Raccomandazione del Garante Disabilità.

♣ Di concordare preventivamente con il Docente di Riferimento la collocazione fisica e le modalità operative più opportune per minimizzare l'interferenza con la didattica e con la riservatezza degli altri alunni.

♣ Di non divulgare a terzi, al di fuori del percorso terapeutico autorizzato e dei genitori dell'alunno, alcuna informazione o notizia appresa all'interno dell'ambiente scolastico.

♣ Di consegnare un verbale finale al termine delle attività, da condividere con la famiglia.

Durata e Condizioni

Il presente impegno è valido per l'accesso autorizzato dal Dirigente Scolastico, secondo le date e gli orari concordati. L'inosservanza di uno o più punti del presente impegno formale comporterà la revoca immediata dell'autorizzazione all'accesso.

Nominativo Terapista/Professionista: _____

Data _____ Firma _____