

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo di Galbiate  
Via Unità d'Italia 9 – 23851 Galbiate (LC)

**OGGETTO: Dichiarazione di impegno alla riservatezza (Terapista/specialista)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ alla via/piazza  
\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ in  
qualità di \_\_\_\_\_ della Associazione  
\_\_\_\_\_ con sede legale in \_\_\_\_\_  
via/piazza \_\_\_\_\_ Partita IVA/Codice Fiscale  
\_\_\_\_\_

**SI IMPEGNA**

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

- considerare le informazioni confidenziali e riservate come strettamente private e ad adottare tutte le ragionevoli misure finalizzate a mantenerle tali;
- utilizzare le informazioni confidenziali e riservate unicamente allo scopo per le quali sono state fornite e/o rese note, impegnandosi a non divulgarle a soggetti terzi;
- non usare tali informazioni in modo da poter arrecare qualsivoglia tipo di danno ai soggetti coinvolti né all'Istituzione Scolastica ospitante;
- 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 Regolamento (UE) 2016/679, affinché tutte le informazioni acquisite non potranno in alcun modo, in alcun caso e per nessuna ragione essere utilizzate a proprio o altrui profitto e/o essere divulgate e/o riprodotte o comunque essere rese note a terzi.

Luogo e data, \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_