CONSENSO INFORMATO GENITORI

Gentile genitore/tutore,

il Centro Nazionale Dipendenze e Doping dell'Istituto Superiore di Sanità monitora periodicamente la diffusione di comportamenti a rischio di insorgenza di dipendenze nella popolazione scolastica 11 – 17 anni, al fine di rilevare la reale dimensione di tali fenomeni in Italia e poter quindi attivare tempestivamente azioni di prevenzione.

L'Istituto Scolastico e la classe che Vostro/a figlio/a frequenta sono stati coinvolti in questa indagine. Agli studenti selezionati verrà somministrato un questionario anonimo, pertanto non è previsto l'inserimento del nome e cognome, né di altre informazioni che potrebbero identificarli. I risultati verranno presentati solo sotto forma di statistiche e in nessun modo sarà possibile risalire all'identità dello studente che ha risposto al questionario.

Le chiediamo, gentilmente, di autorizzare suo figlio/a a partecipare all'indagine suddetta, compilando il modulo di consenso informato riportato di seguito. I vostri dati personali riportati nel modulo sono protetti ai sensi del regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/679).

La Vostra collaborazione è preziosa per la riuscita dello studio.

Il modulo compilato e firmato va consegnato dallo studente al referente scolastico per l'indagine,

Prof. _____

Il Dirigente Scolastico _____

Io sottoscritto/a _____
(nome e cognome genitore/tutore)

Primo genitore/tutore di _____ Classe _____
(nome e cognome studente)

Dopo aver letto la comunicazione dell'Istituto scolastico sopra riportata,

☐ Autorizzo

☐ NON autorizzo

mio/a figlio/a a compilare il questionario dell'Istituto Superiore di Sanità sui comportamenti a rischio di insorgenza di dipendenze nella popolazione scolastica italiana 11-17 anni e all'utilizzo delle informazioni in esso contenute

Data _____ Firma Primo genitore/tutore * _____

Io sottoscritto/a _____
(nome e cognome genitore/tutore)

Secondo genitore/tutore di _____ Classe _____
(nome e cognome studente)

Dopo aver letto la comunicazione dell'Istituto scolastico sopra riportata,

☐ Autorizzo

☐ NON autorizzo

mio/a figlio/a a compilare il questionario dell'Istituto Superiore di Sanità sui comportamenti a rischio di insorgenza di dipendenze nella popolazione scolastica italiana 11-17 anni e all'utilizzo delle informazioni in esso contenute

Data _____ Firma Secondo genitore/tutore _____

*** Da compilare nel caso di firma di un solo genitore**

Il/la sottoscritto/a _____, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt.316,337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.
DICHIARA che _I_ padre/madre é a conoscenza ed acconsente alla presente richiesta.

Firma del genitore_____