|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| C:\Users\dsga\Desktop\Logo_Repubblica.jpg |  |  |
| Viale delle Terme, 5 - 98050 Terme Vigliatore (ME)  Tel. 090 9781254 – Fax 090 9783472 - Cod. Meccanografico MEIC85700X – C.F. 83001910831  PEO: [meic85700x@istruzione.it](mailto:meic85700x@istruzione.it)– PEC: [meic85700x@pec.istruzione.it](mailto:meic85700x@pec.istruzione.it) -Sito WEB: [www.ictermevigliatore.gov.it](http://www.ictermevigliatore.gov.it/) | | |

**MODULO PER IL CONSENSO INFORMATO SOMMINISTRAZIONE QUESTIONARIO ANONIMO**

Il presente modulo di consenso informato permette la partecipazione di vostro figlio/a alla compilazione del questionario anonimo EAT-26, relativo a un’indagine sui sintomi e preoccupazioni tipiche dei DA (educazione alla salute)

L’indagine prevede la somministrazione di un questionario che verte sui comportamenti dei giovani che ne condizionano la salute ed il benessere.

È opportuno che il presente modulo sia firmato da entrambi i genitori e compilato in ogni sua parte.

Noi genitori dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dichiariamo di essere stati adeguatamente informati sulle finalità dell’indagine e sulle modalità di svolgimento della stessa ed in virtù della potestà genitoriale diamo pertanto il consenso alla compilazione, da parte di nostro figlio / a, del questionario (anonimo). Siamo a conoscenza, inoltre, che la compilazione è facoltativa e non obbligatoria.

Io sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitore del minore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ed io sottoscritta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitore dello stesso minore

* Acconsentiamo con la sottoscrizione della presente alla somministrazione del questionario (anonimo) secondo le modalità e le finalità sopra riportate;
* Non acconsentiamo

Data

Firma Padre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Madre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In caso di **firma di un solo genitore**, va sottoscritta anche la parte sottostante.

“Il/La sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver rilasciato la sua estesa firma in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 317,337ter e 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori”

Firma leggibile del PADRE/MADRE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Si informa che la compilazione del questionario non comporta il trattamento dei dati personali in quanto si svolge in maniera anonima.*

*La raccolta delle informazioni acquisite attraverso il suddetto questionario viene effettuata, in collaborazione con il Centro di Riabilitazione Nutrizionale UOL AIDAP. Per eventuali esigenze di approfondimento sulla corretta applicazione della normativa in materia di protezione dei dati personali, è possibIle contattare il Responsabile per la protezione dei Dati Personali del suddetto Centro, Barbara Caridi all’indirizzo mail* [*segreteria@centrodiriabilitazionenutrizionale.it*](mailto:segreteria@centrodiriabilitazionenutrizionale.it)