



Ministero dell'Istruzione e del Merito
Ufficio Scolastico Regionale per la Sicilia
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE N. 2
"Giovanni Paolo II"



Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di primo grado

Indirizzo Via Torrente Forno, 58 — 98071 Capo d'Orlando (ME)
Telefono 0941426051
Codice fiscale 95008810830
Codice MEIC83000X
Codice univoco ufficio UFVHMT
Sito Internet <https://www.icgiovannipaolosecondo.edu.it/>
Indirizzo e-mail meic83000x@istruzione.it
Posta certificata meic83000x@pec.istruzione.it

AL Sito web
<https://www.icgiovannipaolosecondo.edu.it/circolari.php>

Ai docenti

Ai genitori

della secondaria di primo grado

e, p.c. AL DSGA

CIRCOLARE NR. 148

OGGETTO: Progetto "SU CON LA SCHIENA!"

Si comunica, che nell'ambito delle iniziative di educazione alla salute, tutte le classi in indirizzo parteciperanno al progetto "**Su con la schiena!**".

L'obiettivo del progetto è quello di sensibilizzare la comunità educante nella promozione di comportamenti e stili di vita corretti, utili nella prevenzione delle malattie del rachide. Prevenire e correggere le posture inadeguate del rachide nei preadolescenti, attraverso un percorso partecipato di analisi delle posture adottate e di progettazione di soluzioni percorribili nel contesto scolastico. Individuare eventuali atteggiamenti scoliotici (tramite screening) o di altri paramorfismi a carico della colonna vertebrale tra i ragazzi in età pre-adolescenziale.

Il progetto prevede tre incontri:

1° incontro:	INFORMATIVO con le famiglie	venerdì 17 febbraio	dalle ore 16,00 alle ore 18,00
--------------	---------------------------------------	------------------------	-----------------------------------

2° incontro:	INFORMATIVO - FORMATIVO con gli alunni	mercoledì 22 febbraio
Sanzione oraria		
dalle ore 09.00 alle ore 10.00	classi PRIME	
dalle ore 10.00 alle ore 11.00	classi SECONDE	
dalle ore 11.00 alle ore 12.00	classi TERZE	

3° incontro:	SCREENING POSTURALE per eventuale individuazione di atteggiamenti scoliotici, seguirà circolare.
--------------	--

Tutti gli incontri si terranno nell'anfiteatro di Furriolo. I ragazzi saranno accompagnati dai docenti in orario.

Si allega modello di consenso informato da portare il giorno dello screening con la firma, ove possibile, di entrambi i genitori.

Per qualsiasi altra informazione, rivolgersi alla referente Prof.ssa Savina Zingales.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
PROF.SSA RITA TROIANI

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3,
comma 2, del D. Lgs n. 39/1993



PROGETTO “SU CON LA SCHIENA!” MODULO DI CONSENSO INFORMATO PER IL TRATTAMENTO DATI

I sottoscritti (nome e cognome di entrambi i genitori)

Nome Cognome

genitori tutori altro

Nome Cognome

del minore Nome..... Cognome

Dichiarano di essere stati convenientemente informati sulle modalità di svolgimento dell'attività di screening della colonna vertebrale, effettuata da personale sanitario e/o medico senza utilizzo di mezzi terapeutici invasivi e nel rispetto delle misure anti-Covid.

AUTORIZZANO

che lo stesso venga sottoposto a screening della colonna vertebrale, volto a valutare paramorfismi che potrebbero evolvere in dismorfismi.

Lo screening non ha un'accuratezza assoluta e non sostituisce in ogni caso una visita medico-specialistica, eventualmente raccomanda. Inoltre, sono consapevoli e accettano il fatto che ogni metodica di screening presupponga la possibilità che non vengano rilevati problemi anche se presenti o che vengano ipotizzati problemi anche se in realtà non presenti.

Data.....1° Firma

Data2° Firma

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ARTT. 13 E 23 DEL D.LGS. 196/2003)

Il/I sottoscritto/i genitore/i tutore/i come sopra individuati ed identificati, autorizzano altresì, ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, il proprio consenso al trattamento dei dati personali, propri e del proprio figlio/minore sotto tutela, forniti per le finalità sopra indicate.

1. Il trattamento dei dati è finalizzato esclusivamente allo svolgimento delle prestazioni professionali richieste strettamente alla sua attività di screening;
2. il trattamento dei dati personali, in forma anonima, è finalizzato inoltre alla gestione di comunicazioni e statistiche scientifiche;
3. I dati saranno inseriti in un archivio informatico/magnetico/cartaceo e avverrà con modalità idonee a garantire la sicurezza e la riservatezza;
4. Ho diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei miei dati personali, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti e successivamente trattati;
5. Il conferimento dei dati non è obbligatorio, sebbene sia indispensabile all'instaurarsi del rapporto professionale e pertanto, in mancanza del suo consenso, dovrò rinunciare alla prestazione.
6. I miei dati verranno conservati a scopo documentario per cinque anni alla fine del trattamento terapeutico. Oltre alla data essi verranno resi in forma anonima o distrutti e, pertanto, non sarà più possibile rilasciare certificazioni, attestazioni o simili riferiti al trattamento terapeutico.
7. Il titolare del trattamento è l'A.I.P.U. (ASSOC. ITALIANA POSTUROLOGIA UNIVERSITARIA).

Pertanto, con la compilazione e l'apposizione della firma si esprime il Consenso al trattamento dei dati personali descritti

Data.....1° Firma

Data.....2° Firma