



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

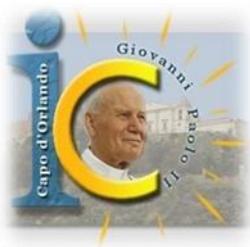
Codice fiscale 95008810830

Codice Meccanografico MEIC83000X

Sito Internet www.icgiovannipaolosecondo.edu.it

Indirizzo e-mail meic83000x@istruzione.it

Posta Certificata meic83000x@pec.istruzione.it



Circolare n. 158

Al Sito web

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

Ai docenti

Ai genitori

delle classi prime della secondaria di primo grado

e p.c. **Al** DSGA

OGGETTO: Progetto "SU CON LA SCHIENA!"

Si comunica che dopo i due incontri formativi e informativi del progetto "Su con la Schiena" si procederà con la raccolta del consenso informato per lo screening posturale.

I genitori che vorranno cogliere l'opportunità di indagare su eventuali vizi posturali dei propri figli dovranno compilare il consenso informato e accompagnare il/la proprio/a figlio/a o delegare un adulto il giorno della visita.

Si precisa che:

- venerdì 3 marzo p.v. la prof.ssa Savina Zingales passerà per le classi per ritirare i consensi informati.
- il giorno della visita sarà comunicato successivamente dopo aver raccolto i consensi informati
- per qualsiasi informazione, rivolgersi alla referente Prof.ssa Savina Zingales.

Si allega alla presente il consenso informato.

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

Data 2° Firma

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

II/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