|  |
| --- |
| **emblema_gr**Ministero dell’Istruzione e del Merito Ufficio Scolastico Regionale per la Sicilia |
| logo_carta_intestata | **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**](http://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 |
|  | Agli | alunni delle classi 1e  |
|  | Ai | docenti  |
|  |  | **della scuola Secondaria di Primo Grado** |
| e, p.c. | Al | DSGA |
|  | Agli  | Atti |

**Circolare n.187**

|  |  |
| --- | --- |
| **Oggetto:** | **Progetto di educazione all’igiene orale e prevenzione** |

In merito al progetto in oggetto, si comunica che giorno 31 marzo p.v. alle ore 11.30, il dott. Massimo Natale, incontrerà nei locali del nostro istituto i ragazzi delle classi prime per sensibilizzarli sull’importanza dell’igiene orale. A seguire, per chi sarà in possesso del consenso sottoscritto dai genitori, potrà sottoporsi ad uno screening odontoiatrico gratuito, quale valutazione della propria salute dentaria.

I docenti coordinatori delle classi in indirizzo, provvederanno tramite i rappresentanti di classe a dare comunicazione alle famiglie della seguente circolare.

Si allega alla presente, modello di consenso informato da stampare e portare il giorno dell’incontro con la firma, ove possibile, di entrambi i genitori.

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | IL DIRIGENTE SCOLASTICOProf.ssa RITA TROIANI |
|  | Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell’art. 3, comma 2, del D. Lgs n. 39/1993 |

**PROGETTO IGIENE ORALE E PREVENSIONE**

**MODULO DI CONSENSO INFORMATO E PER IL TRATTAMENTO DATI**

I sottoscritti (nome e cognome di entrambi i genitori)

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

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

🞏 genitori 🞏 tutori 🞏 altro

del minore Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dichiarano di essere stati convenientemente informati sulle modalità di svolgimento dell’attività di screening della colonna vertebrale, effettuata senza utilizzo di mezzi terapeutici invasivi e nel rispetto delle misure anticovid.

**AUTORIZZANO**

che lo stesso venga sottoposto a screening odontoiatrico, volto a valutare la propria salute dentale.

***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.

**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