



Circ. n. 320

Barcellona P.G.12.02.2024

Ai Docenti, ai genitori e agli alunni delle
classi 5CL e 3CL
Alla DSGA
Al personale ATA
Al sito Web
Alla Bachecca RE Argo

Oggetto: Programma Prevenzione per l'individuazione precoce dei disturbi del comportamento alimentare negli adolescenti, in setting scolastici (PP04) Piano Regionale Prevenzione 2020/2025

Si comunica che giorno 16/02/2024 la dott.ssa Sara Palermo Psicologa e psicoterapeuta dell'ASP 5 Messina, incontrerà la classe 5CL dalle ore 10,30 alle ore 11,50 e in un successivo momento, la classe 3CL dalle ore 12:00 alle ore 13:10, nelle loro rispettive aule. Tale incontro, a cui ne seguiranno altri due in data 15/03/2024 e 19/04/2024 con gli stessi orari e modalità, sarà mirato a ridurre i fattori di rischio e favorire i fattori protettivi per sviluppare atteggiamenti e abitudini alimentari sane; promuovere una positiva immagine corporea e sensazioni positive verso il proprio corpo e il nutrimento; facilitare la consapevolezza dello schema corporeo cercando di agire in modo precoce sulla dispercezione corporea; aprire la riflessione a nuove risposte e pattern mentali e di comportamento che rispondono ai bisogni emotivi individuali.

Si allega alla presente il modulo del consenso informato che gli studenti delle classi invitate a partecipare al progetto dovranno scaricare e compilare e consegnare alla referente alla salute prof.ssa Barresi Caterina entro giovedì 15/02/2024

Il Referente alla salute
Prof.ssa Caterina Giovanna Maria Barresi
Firma autografa omessa
Ai sensi dell'art.3 del D.Lgs.n.39/93

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Angelina Benvegna
Firma autografa omessa
Ai sensi dell'art.3 del D.Lgs.n.39/93

INFORMATIVA ALL'INTERESSATO E RACCOLTA DEL RELATIVO CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SENSIBILI DA PARTE DELLO PSICOLOGO
(ai sensi del regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. 101/2018)

- 1) Il GDPR e il D.Lgs. 101/2018 prevedono e rafforzano la protezione e il trattamento dei dati personali alla luce dei principi di correttezza, liceità, trasparenza, tutela della riservatezza e dei diritti dell'interessato in merito ai propri dati.
- 2) La dott.ssa Calogera Calà, Psicologa nominata dalla scuola, è titolare del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell'incarico affidatole:
 - dati anagrafici e di contatto (informazioni relative al nome, numero di telefono, indirizzo PEO e PEC e qualsiasi altro dato o informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile);
 - dati relativi allo stato di salute fisica o mentale e qualsiasi altro dato o informazione richiamato dall'art. 9 e 10 GDPR e dall'art.2-septies del D.Lgs. 101/2018, raccolti direttamente o tramite ogni altra tipologia di servizio di natura professionale connesso con l'esecuzione dell'incarico conferito alla psicologa. I dati sopra indicati sono i dati personali. Le riflessioni/valutazioni/interpretazioni professionali tradotte in dati dallo psicologo costituiscono l'insieme dei dati professionali trattati secondo tutti i principi del GDPR e gestiti secondo quanto previsto dal Codice Deontologico.
- 3) Il trattamento di tutti i dati sopra richiamati viene effettuato sulla base del consenso libero, specifico e informato del paziente/cliente e, in caso di minore età, di chi esercita la potestà genitoriale e al fine di svolgere l'incarico conferito dagli stessi alla psicologa.
- 4) I dati personali saranno sottoposti a modalità di trattamento sia cartaceo sia elettronico e/o automatizzato, quindi con modalità sia manuali sia informatiche.
- 5) Saranno utilizzate adeguate misure di sicurezza al fine di garantire la protezione, la sicurezza, l'integrità, l'accessibilità dei dati personali, entro i vincoli delle norme vigenti e del segreto professionale.
- 6) I dati personali che non siano più necessari, o per i quali non vi sia più un presupposto giuridico per la relativa conservazione, verranno anonimizzati irreversibilmente o distrutti in modo sicuro.
- 7) I dati personali verranno conservati solo per il tempo necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti.
- 8) I dati personali potrebbero dover essere resi accessibili alle Autorità Sanitarie e/o Giudiziarie solo sulla base di precisi doveri di legge. In tutti gli altri casi, ogni comunicazione potrà avvenire solo previo esplicito consenso (art. 12 CD) e in ogni caso esclusivamente ai fini delle attività di prevenzione e di sostegno psicologico connesse allo svolgimento dell'incarico conferito alla psicologa. In caso di collaborazione con altri soggetti parimenti tenuti al segreto professionale, saranno condivise, con il presente assenso, soltanto le informazioni strettamente necessarie in relazione al tipo di collaborazione (art. 15 CD). Verrà adottato ogni mezzo idoneo a prevenire una conoscenza non autorizzata da parte di soggetti terzi anche compresenti al conferimento.
- 9) In ogni momento l'interessato può esercitare i diritti di cui agli articoli da 15 a 22 del GDPR e D.Lgs. 101/2018 (diritto di accesso ai dati personali, diritto di rettifica, diritto di cancellazione, diritto alla limitazione del trattamento, diritto alla portabilità).

MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di partecipare all'incontro del 16/02/2024 con la dott.ssa Sara Palermo in ambito al Programma di prevenzione per l'individuazione dei disturbi alimentari negli adolescenti in setting scolastici, (PP04) Piano Regionale Prevenzione 20/25

Luogo e data

Firma

MINORENNI

La Sig.ra madre del minorenni.....

nata a il ___/___/___

e residente a

in via/piazzan.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio/a possa partecipare all'incontro del 16/02/2024 con la dott.ssa Sara Palermo in ambito al Programma di prevenzione per l'individuazione dei disturbi alimentari negli adolescenti in setting scolastici, (PP04) Piano Regionale Prevenzione 20/25

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. padre del minorenni.....

nato a il ___/___/___

e residente a

in via/piazzan.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio/a possa i partecipare all'incontro del 16/02/2024 con la dott.ssa Sara Palermo in ambito al Programma di prevenzione per l'individuazione dei disturbi alimentari negli adolescenti in setting scolastici, (PP04) Piano Regionale Prevenzione 20/25

Luogo e data

Firma del padre

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o a.....

il ___/___/___

Tutore del minorenni.....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)

residente a

in via/piazzan.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa i partecipare all'incontro del 16/02/2024 con la dott.ssa Sara Palermo in ambito al Programma di prevenzione per l'individuazione dei disturbi alimentari negli adolescenti in setting scolastici, (PP04) Piano Regionale Prevenzione 20/25

Luogo e data

Firma del tutore