

LICEO Delle SCIENZE UMANE (ex Magistrale) "CONTESSA TORNIELLI BELLINI" - NOVARA
Baluardo La Marmora, 10 - 28100 NOVARA - tel. 0321 - 627125 – <https://www.liceobellini.edu.it>
Casella di Posta Certificata nopm010005@pec.istruzione.it E-mail: nopm010005@istruzione.it
codice fiscale 80016580039 - Codice univoco PA: UFUDDL

Novara, 21 marzo 2025

Alle famiglie,
agli studenti,
ai docenti delle classi 1A, 2G, 3F, 4C
p.c. al personale ATA DSGA

Circolare della Presidenza n. 423

Oggetto: Incontro Progetto Sanità

Le classi 1A, 2G, 3F, 4C, parteciperanno in data giovedì 27 marzo ad un incontro formativo sul "Progetto Sanità" con la referente dell'Istituto di Sanità, dott.ssa Piera Boscolo, secondo il calendario riportato:

1 A – dalle ore 9.00 alle ore 10.00
2G - dalle ore 10.00 alle ore 11.00
3F - dalle ore 11.00 alle ore 12.00
4C - dalle ore 12.00 alle ore 13.00

Gli studenti dovranno consegnare ai coordinatori di classe il modulo di "Consenso informato genitori" entro e non oltre la data del 24 marzo. Nella stessa data, i coordinatori depositeranno in segreteria tutti i moduli raccolti.

La docente
Ilaria Rossi

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Prof.ssa Maria Motta)
firma autografa sostituita a mezzo stampa ex art. 3, co. 2, D.Lgs 39/93

Responsabile del procedimento: Carmelo Frasca

Informativa per la protezione dei dati personali ai sensi degli articoli 12-13-14 del Regolamento UE 679/2016

I dati personali acquisiti sono utilizzati per la gestione del servizio e per l'assolvimento degli obblighi correlati. I dati richiesti sono trattati in forma elettronica e cartacea adottando le misure di sicurezza idonee a tutelare e garantire la riservatezza degli interessati. Il parziale o totale rifiuto di fornire tali dati comporta l'impossibilità di fornire il servizio. I dati conferiti sono comunicati a dipendenti e collaboratori interni formalmente autorizzati, a soggetti esterni nominati quali Responsabili del trattamento a cui la Scuola può affidare contrattualmente vari servizi e nei casi previsti da specifici obblighi normativi. I dati personali acquisiti saranno conservati per il tempo necessario a conseguire le finalità per le quali sono stati raccolti nonché per periodi diversi, qualora previsto dalle normative vigenti. L'interessato potrà in ogni momento esercitare i diritti previsti dagli articoli dal 15 al 22 del Regolamento Europeo rivolgendosi al Titolare del trattamento o al Responsabile per la protezione dei dati.

Il Titolare del trattamento è il Liceo delle Scienze umane C.T. Bellini di Novara Mail: nopm010005@istruzione.it, pec nopm010005@pec.istruzione.it. Per maggiori informazioni si invitano gli Interessati a voler prendere visione dell'informativa completa, pubblicata sul sito istituzionale della scuola all'indirizzo <https://www.liceobellini.edu.it/il-sito/privacy-policy/>

CONSENSO INFORMATO GENITORI

Gentile genitore/tutore,

il Centro Nazionale Dipendenze e Doping dell'Istituto Superiore di Sanità monitora periodicamente la diffusione di comportamenti a rischio di insorgenza di dipendenze nella popolazione scolastica 13 - 17 anni (consumo di tabacco e nicotina, uso eccessivo di internet e dei social, etc.), al fine di rilevare la reale dimensione di tali fenomeni in Italia e poter quindi attivare tempestivamente azioni di prevenzione.

L'Istituto Scolastico e la classe che Vostro/a figlio/a frequenta sono stati coinvolti in questa indagine. Agli studenti selezionati verrà somministrato un questionario **anonimo**, pertanto non è previsto l'inserimento del nome e cognome, né di altre informazioni che potrebbero identificarli. I risultati verranno presentati solo sotto forma di statistiche e in nessun modo sarà possibile risalire all'identità dello studente che ha risposto al questionario.

Le chiediamo, gentilmente, di autorizzare suo figlio/a a partecipare all'indagine suddetta, compilando il modulo di consenso informato riportato di seguito. I vostri dati personali riportati nel modulo sono protetti ai sensi del regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/679).

La Vostra collaborazione è preziosa per la riuscita dello studio.

Il modulo compilato e firmato va consegnato dallo studente al _____ Prof. coordinatore di classe

Il Dirigente Scolastico

Prof. Maria Motta

FIRMA _____

Io sottoscritto/a _____
(nome e cognome genitore/tutore)

Primo genitore/primo tutore di _____ Classe _____
(nome e cognome studente)

dopo aver letto la comunicazione dell'Istituto scolastico sopra riportata,

Autorizzo

NON autorizzo

mio/a figlio/ a compilare il questionario dell'Istituto Superiore di Sanità *sui comportamentali a rischio di insorgenza di dipendenze nella popolazione scolastica italiana 13-17 anni* e all'utilizzo delle informazioni in esso contenute.

13-17 anni

DATA

FIRMA PRIMO GENITORE/PRIMO TUTORE

Io sottoscritto/a _____
(nome e cognome genitore/tutore)

Secondo genitore/secondo tutore di _____ Classe _____
(nome e cognome studente)

dopo aver letto la comunicazione dell'Istituto scolastico sopra riportata,

Autorizzo

NON autorizzo

mio/a figlio/ a compilare il questionario dell'Istituto Superiore di Sanità *sui comportamentali a rischio di insorgenza di dipendenze nella popolazione scolastica italiana 13-17 anni* e all'utilizzo delle informazioni in esso contenute.

13-17 anni

DATA

FIRMA SECONDO GENITORE/SECONDO TUTORE
