**CONSENSO INFORMATO GENITORI**

Gentile genitore/tutore,

l’Istituto Superiore di Sanità di Roma sta conducendo uno studio sul fenomeno del gioco d’azzardo, nella popolazione scolastica italiana delle scuole secondarie di secondo grado (14-17 anni).

L’Istituto Scolastico e la classe, che Vostro/a figlio/a frequenta, è stato coinvolto in questa indagine. Agli studenti selezionati, di età compresa tra i 14 e i 17 anni, verrà somministrato un questionario assolutamente 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.

Per la legge sulla privacy, Le chiediamo di autorizzare suo figlio/a a compilare il questionario suddetto. Ai sensi del regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/679), il trattamento delle informazioni che riguardano suo/a figlio/a, sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti.

Chiediamo quindi la Sua collaborazione, sottoscrivendo il modulo allegato per il consenso alla partecipazione di Suo/a figlio/a all'indagine.

Il modulo compilato e firmato va consegnato dallo studente al referente scolastico per l’indagine, prof.ssa

Domenica Marino.

Il Dirigente Scolastico

Prof. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA

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

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(nome e cognome genitore/tutore)*

padre/madre/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 on-line dell’Istituto Superiore di Sanità, relativo al progetto *“IL GIOCO D’AZZARDO IN ITALIA: Indagine epidemiologica sulla popolazione scolastica minorenne in Italia, 14-17 anni”* e all’utilizzo delle informazioni in esso contenute*.*

DATA FIRMA GENITORE/TUTORE

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