



ISTITUTO COMPrensIVO MURO LECCESE

Scuola dell'Infanzia – Primaria – Secondaria di Primo Grado

tel. 0836/341064 – fax 0836/444614 – Via Martiri d'Otranto, – 73036 MURO LECCESE (LE) – C.F. 92012610751

e-mail: leic813001@istruzione.it – leic813001@pec.istruzione.it – www.comprensivomuro.edu.it

Circolare n. 100

Muro Leccese, 11/12/2019

Ai genitori degli alunni delle classi 3^e della Scuola Secondaria di I^o grado di Muro Leccese e Palmariggi

Ai Docenti delle classi 3^e della Scuola Secondaria di I^o grado di Muro Leccese e Palmariggi

Al Sito Web dell'Istituto

Oggetto: Avvio Progetto “Ben-Essere Adolescenti-Educazione all’affettività e alla sessualità”.

L'educazione affettiva-sessuale è un progetto educativo proposto dal *Distretto Socio Sanitario di Maglie* e previsto nel Catalogo del Piano Strategico regionale per la promozione della salute nelle scuole. Esso mira ad aiutare lo sviluppo della personalità e delle potenzialità di ogni alunno, soprattutto dal punto di vista dell'emotività e dell'affettività, rispondendo “alla doppia esigenza di corrette informazioni biologiche associate a un'educazione socio-affettiva” che permetta ai ragazzi di assumere, con dignità e rispetto, un modello di vita capace di affrontare le proprie emozioni e responsabilità. Si terranno pertanto degli incontri di informazione e formazione per le classi terze tenuti da esperti messi a disposizione dalla ASL.

DUE INCONTRI con lo psicologo su:

- Le responsabilità di ruolo; oltre l'adolescenza... verso l'essere adulto;
- Alfabetizzazione delle EMOZIONI: Riconoscere, analizzare, gestire ed esprimere gli stati emotivi;
- L'ABC delle emozioni;
- L'adolescenza: cambiamenti della pubertà, turbamenti emotivi e relazionali;
- Il gruppo, la leadership, il ruolo, competenze, responsabilità, coesione, esclusione, emarginazione, integrazione.
- Cambiamenti dei rapporti con genitori, coetanei, adulti e autorità

DUE INCONTRI con il ginecologo/ostetrica su:

- Anatomia e fisiologia di genere.
- I metodi contraccettivi e i loro meccanismi di azione.
- Le malattie a trasmissione sessuale, in particolare l'AIDS, i comportamenti a rischio e le modalità di prevenzione.

UN INCONTRO con l'assistente sociale su:

- Finalità e aree d'intervento del servizio consultoriale;
- Conoscenza delle risorse del territorio rivolte agli adolescenti.

Le date degli incontri saranno successivamente concordate con la ASL e comunicati alle classi interessate.

Si prega, pertanto, di compilare e riconsegnare l'autorizzazione a partecipare a tale progetto e l'informativa ASL con relativo consenso al trattamento dei dati personali (modulo allegato alla presente), per poter avviare il percorso.

I Coordinatori di classe raccoglieranno le autorizzazioni dei genitori e il consenso degli stessi al trattamento dati.

I moduli sono scaricabili dal sito web dell'Istituto <https://www.comprensivomuro.edu.it/>



IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Antonella Corvaglia
11/12/2019 13:04:30

(Da restituire al Coordinatore di classe entro martedì 17 dicembre p.v.)



Io sottoscritto/agenitore dell'alunno/a.....

Frequentante la classe.....sez.della Scuola Secondaria di.....

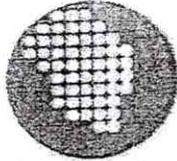
AUTORIZZO

NON AUTORIZZO

mio figlio/a a partecipare alle attività relative al Progetto “Ben-Essere Adolescenti-Educazione all’affettività e alla sessualità”.

Data, ___/___/_____

Firma



ASL LECCE
SERVIZIO SANITARIO DELLA PUGLIA

Distretto Socio Sanitario di Maglie

Direzione - via A. Galati n. 2 - 73024 MAGLIE
tel. 0836 4201 (Centralino) - Fax 0836 420 234 -
e-mail: dirsan.dssmaglie@auslie2.it dirammdssmaglie@auslie2.it
Unità Operativa Assistenza Consultoriale
tel: 0836 420 212 - Fax: 0836 420212 -
e-mail: dirconsultoriomagle@libero.it

INFORMATIVA

in materia di trattamento di dati personali e sensibili

Gentile Genitore,

il D. Lgs. n°196 30.06.2003 (cd. Codice per la protezione dei dati personali) agli articoli 13, 76, 77, 79 e 81 impone di darle esplicita informazione, anche in forma semplificata dei Suoi dati personali e sensibili e di acquisire il Suo consenso nel caso di trattamento degli stessi;

Con la presente Le rendiamo dunque noto che:

- Il trattamento si riferirà solo ai dati personali e sensibili da Lei conferiti. L'eventuale rifiuto di fornirli comporterebbe l'impossibilità di assicurare, in tutto o in parte, la prestazione stessa.
- I dati saranno utilizzati per le finalità proprie di ogni ASL, secondo principi di liceità, correttezza e pertinenza.
- Titolare del trattamento è la ASL LE, nella persona del Legale Rappresentante pro tempore.
- Responsabile del trattamento è il Direttore dell' Unità Operativa in cui viene effettuata la prestazione ed il Dirigente dell' Istituto Comprensivo di Corsi.
- I dati saranno conservati a norma di legge e protetti mediante idonei sistemi di gestione e di archiviazione cartacea o elettronica, nel rispetto del Codice della Privacy e del Documento Programmatico aziendale sulla Sicurezza dei Dati approvato dalla ASL LE.
- I Medici e tutto il personale, nei limiti di competenza, tratteranno i dati per quanto necessario ai propri compiti e ne proteggeranno la riservatezza, rispettando la normativa sulla privacy oltre che il Segreto d'ufficio e professionale.

Come detto, è indispensabile il Suo esplicito consenso al trattamento, consenso da fornire una sola volta in riferimento a tutte le possibili prestazioni erogabili dai Reparti ed Unità Operative della ASL LE.

Le rammentiamo inoltre che, per l'art.7 del Codice, l'interessato ha diritto di conoscere l'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, ha diritto di ottenere l'indicazione dell'origine dei dati, delle finalità e modalità del trattamento, della logica usata nel trattamento con ausili elettronici, degli estremi identificativi del titolare, delle categorie di persone a cui i dati potranno essere trasmessi ed ha altresì diritto di ottenerne l'aggiornamento, rettifica o integrazione, la cancellazione o registrazione in forma anonima. L'interessato ha altresì diritto di opporsi al trattamento di dati, nei casi e con le modalità previste dal Codice.

Di seguito è trascritto un modulo semplificato per l'espressione del consenso, necessario dunque per un lecito trattamento dei Suoi dati.

La ringraziamo per la collaborazione e, scusandoci per il tempo sottratto, Le porgiamo i più cordiali saluti.

IL DIRIGENTE I.S.T. COMPRESIVO
Dott./ssa **Antonella CORVABIANI**

IL DIRETTORE

DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO MAGLIE
Dott. Aldo Schiavano

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Io sottoscritt..... nat..... a.....
Il..... residente a..... in via..... n°.....
Documento n°..... genitore del minore..... nato a..... il..... classe..... sez.....

Preso visione della informativa di cui sopra e reso edotto dei diritti di cui al D. Lgs. 30 Giugno 2003 n°196.

ESPRIMO IL MIO CONSENSO

Al trattamento dei miei dati personali per l'anno scolastico in corso e di quelli riguardanti mio/a figlio/a relativi a:

- dati anamnestici personali e familiari
- alcol-fumo-videogiochi e dipendenze
- scelte educative e bullismo
- gestione delle emozioni e dell'affettività
- malattie sessualmente trasmissibili

Data.....

IL DIR. U.O. Assistenza Consultoriale
Dott. LUIGI ANCHORA

IL DIRIGENTE I.S.T. COMPR. DI.....
Dott./ssa.....