



**Ministero dell'Istruzione e del Merito**  
**Istituto Statale di Istruzione Superiore "Guido Galli"**

Via Mauro Gavazzeni, 37 – 24125 Bergamo (BG) - ☎ +39 035 319338 - Cod. Mecc. BGIS03800B

PEC: [bgis03800b@pec.istruzione.it](mailto:bgis03800b@pec.istruzione.it) - PEO : [bgis03800b@istruzione.it](mailto:bgis03800b@istruzione.it) -

Cir. n. 207

Bergamo, 12 gennaio 2024

**AGLI STUDENTI DELLE CLASSI:**

**1M SC – 2 M SC**

**3M SC – 4M SC**

**ALLE FAMIGLIE DEGLI STUDENTI DELLE CLASSI CITATE**

**AI COORDINATORI DELLE CLASSI CITATE**

**AI DOCENTI**

**AGLI ATTI**

**OGGETTO: Richiesta consenso informativo genitori per avvio indagine sul fumo e sul gioco d'azzardo nella popolazione scolastica italiana 14-17 anni - Istituto Superiore di Sanità, classi campione 1M SC – 2 M SC - 3M SC – 4M SC**

Con al presente si comunica che il **Centro Nazionale Dipendenze e Doping dell'Istituto Superiore di Sanità**, ha avviato una nuova indagine sui principali comportamenti a rischio di dipendenza nella popolazione scolastica 14-17 anni, prevista **nel periodo 12 febbraio 2024 – 27 marzo 2024** sul consumo di prodotti a base di nicotina (sigarette, sigarette elettroniche, prodotti a tabacco riscaldato) e sul gioco d'azzardo, nella popolazione scolastica 14 - 17 anni, al fine del monitoraggio di comportamenti a rischio di dipendenza.

Le classi **1M SC – 2 M SC - 3M SC – 4M SC** sono le classi campione coinvolti in questa indagine.

Agli studenti selezionati tramite la consegna del consenso informativo genitori, verrà somministrato un questionario **anonimo** su piattaforma messa a disposizione dall'Istituto Superiore di Sanità, dove non è previsto l'inserimento del nome e cognome, né di altre informazioni che potrebbero identificare gli studenti.

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.

Pertanto, si chiede l'autorizzazione alla partecipazione del figlio/a 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**).

Il modulo compilato e firmato va consegnato ai Coordinatori delle classi citate che faranno pervenire al Referente Commissione Sicurezza per l'indagine, Prof.ssa M. Rita Cardia entro **sabato 20 gennaio 2024**.

Si chiede la consegna del modulo anche in caso di non autorizzazione.

Si ringrazia per la collaborazione  
Referente Commissione Sicurezza  
Prof.ssa M. Rita Cardia

Il Dirigente Scolastico

dott. Brizio Luigi Campanelli

Firma autografa sostituita da indicazione a mezzo stampa, ai sensi dell'art. 3, comma 2, D.Lgs. n. 39/93

Cod. Univoco fatt. elettronica: UF253S – Codice IPA: isis\_016  
Cod. Fisc. 80028780163 - IBAN Banca: IT78U0569611102 000002597X17 -  
 <http://www.istitutoguidogalli.edu.it>



## MODULO DI CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(nome e cognome genitore/tutore)

genitore/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 "*COMPORAMENTI A RISCHIO DI DIPENDENZA NEI GIOVANI: Indagine epidemiologica sulla popolazione scolastica minorenni in Italia, 14-17 anni*" e all'utilizzo delle informazioni in esso contenute.

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA GENITORE/TUTORE \_\_\_\_\_