



MIM
Ministero dell'Istruzione
e del Merito



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
PRIVITERA - POLIZZI**

**SCUOLA DELL'INFANZIA – PRIMARIA – SECONDARIA DI PRIMO GRADO
OSSERVATORIO CONTRO LA DISPERSIONE DISTRETTO N. 7**

Cod. Min. PAIC8A7007 - C.F. 97317790828- Cod Univoco UFQC4S

Via Principe Umberto, 305 - 90047 Partinico Tel 091202206 - Tel. 091364064

Sito web: www.icpriviterapolizzi.edu.it – E-mail: paic8a7007@istruzione.it - paic8a7007@pec.istruzione.it

Circolare n.17

I.C. - "PRIVITERA - POLIZZI"-PARTINICO
Prot. 0007798 del 02/10/2024
IV-8 (Uscita)

**Ai Docenti
Al personale ATA
Al sito web
Al DSGA**

Oggetto: Progetto dello screening logopedico

Si comunica, a tutto il personale in indirizzo, che dal 25 settembre c.a. si è riattivato il progetto in rete “Nulla dies sine verbum” informato alla realizzazione dello screening logopedico.

Si invitano i docenti dei tre gradi scolastici di comunicare alle famiglie la disponibilità a far partecipare i propri figli a tale progetto per uno screenig gratuito nelle ore antimeridiane.

Si attiverà, altresì, uno sportello di ascolto nelle ore pomeridiane presso il plesso Privitera rivolto ai genitori

Il progetto mira a

- Evidenziare e monitorare ritardi nello sviluppo del linguaggio;
- Delineare percorsi ad hoc per gli alunni i cui risultati dello screening risultino problematici
- Evidenziare e monitorare potenziali ed eventuali disturbi dell'apprendimento (DSA) in soggetti a rischio
- Ridurre al minimo le difficoltà di apprendimento dovute allo sviluppo del linguaggio al fine di prevenire ogni forma di disagio relazionale, psico affettivo da esse derivati
- Fornire uno spazio informativo e formativo per rispondere ai bisogni specifici scolastici e socio-familiari.

I genitori interessati dovranno necessariamente compilare il modulo per il consenso informato e la privacy (allegati) con la firma di entrambi i genitori o tutori, inoltre bisogna allegare copia del documento di identità di entrambi i genitori.

**Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Letizia Maria Grazia Alagna**

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SENSIBILI

(Documento informativo ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13, D.L. 30 giugno 2003 N. 196)

In osservanza di quanto previsto dal D.L. 30 giugno 2003 n. 196, in quanto titolare dei dati sensibili, fornisco le dovute informazioni in ordine alla finalità e modalità del trattamento dei suoi dati personali o dati personali di suo\la figlio\la, nonché l'ambito di comunicazione e diffusione degli stessi, la natura dei dati in mio possesso e del loro conferimento.

Finalità

Il titolare potrà venire a conoscenza dei dati definiti "sensibili" ai sensi del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, quali quelli idonei a rilevare lo stato di salute e gli aspetti relativi all'apprendimento ed educativi al fine di individuare i soggetti a rischio di disturbi di linguaggio e di apprendimento: screening logopedico.

Modalità

I dati raccolti saranno conservati su supporto cartaceo (in luogo chiuso a chiave) e su supporto informatico (con accesso protetto da password segreta modificata periodicamente) come da normativa vigente per la tutela della privacy.

Ambito di comunicazione e diffusione

I Suoi dati o i dati del\la figlio\la, oggetto dello screening, potranno essere comunicati per scopi di stesura tesi di laurea e divulgazione scientifica. Ogni ulteriore comunicazione o diffusione avverrà solo previo Suo esplicito consenso.

Natura del conferimento

Il conferimento dei dati è obbligatorio e necessario per la valutazione Logopedica. Il titolare rende noto che l'eventuale non comunicazione, o comunicazione errata, di una delle informazioni obbligatorie, ha come conseguenze emergenti l'impossibilità di garantire la congruità del trattamento stesso ai fini del lavoro per cui esso sia eseguito. Potrà far valere i propri diritti come espressi dall'art.7,8,9 e 10 del D.L. 30 giugno 2003 n. 196

2003 n. 196, rivolgendosi al titolare del trattamento.

Titolare del trattamento è la Logopedista Dott.ssa Chiara Parrinello.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Noi sottoscritti _____ e _____ residenti in _____ via _____ n° _____ genitori del minore _____, vista l' informativa e preso atto dei diritti della citata Legge, si esprime il consenso affinché i dati personali, sensibili e inerenti lo stato di salute del minore possano essere trattati, ai sensi della legge, e nel rispetto della normativa vigente in materia, per le finalità e con le modalità indicate. Si esprime liberamente, ai sensi della Legge n. 196/2003, il consenso a che la logopedista Dott.ssa. Parrinello Chiara, in quanto titolare dei dati considerati sensibili, proceda al loro trattamento.

Data _____

Firma genitori _____ Firma del
logopedista _____

CONSENSO INFORMATO (Convenzione di Oviedo art.5)

Gentili-Genitori,

la Dott.ssa Chiara Parrinello, realizzerà uno screening logopedico progetto in rete di scopo regionale "NULLA DIES SINE VERBUM" A.S. 2024/2025

In particolare, verrà somministrato uno screening su più prove per gli alunni della scuola dell'infanzia, della scuola primaria e secondaria di primo grado. I bambini che parteciperanno alla ricerca svolgeranno, nei mesi di Settembre-Dicembre, prove di screening logopedico che varieranno in relazione all'età e alla classe frequentata.

Le prove che verranno proposte ai bambini sono facili, piacevoli e non hanno fine diagnostico. I dati ricavati dallo screening non indagheranno in alcun modo le caratteristiche del singolo soggetto ma verranno trattati anonimamente. Sarà possibile alla fine dei test, su richiesta della famiglia alla Dott.ssa Chiara Parrinello, conoscere l'esito delle somministrazioni.

Le chiediamo di sottoscrivere il consenso informato allo screening. Il/la sottoscritto/a, esprime il suo consenso a far partecipare il proprio figlio/a allo screening sopra indicato.

- - So che lo screening in questione fa parte di un progetto di cui la dott.ssa Parrinello è responsabile e il cui scopo generale è l'approfondimento delle conoscenze sull'identificazione precoce dei disturbi di linguaggio e di apprendimento.
- - So che a mio figlio/a verrà richiesto di svolgere dei semplici compiti che non hanno alcun fine diagnostico.
- - So che mio figlio/a ha la possibilità di ritirarsi dallo screening in qualsiasi momento e per qualsiasi motivo, comunicandolo alla Dott.ssa Parrinello, senza penalizzazione alcuna e ottenendo il non utilizzo dei suoi dati.
- - So che solo le persone che conducono la ricerca potranno avere accesso ai risultati di mio figlio/a.
- - So che tutti i materiali verranno conservati nel pieno rispetto della privacy e dell'anonimato (Dlgs. n. 196/2003) e che i dati di mio figlio/a nei protocolli verranno sostituiti da un codice numerico conosciuto dagli operatori.
- - So che per qualsiasi domanda inerente alla ricerca potrò rivolgermi alla Dott.ssa Parrinello.

Luogo e Data.....

NOME e COGNOME DEL PADRE o di chi ne fa le veci (in stampato maiuscolo)

Firma

NOME e COGNOME DELLA MADRE o di chi ne fa le veci (in stampato maiuscolo)

Firma