

FOGLIO INFORMATIVO
PER LA PARTECIPAZIONE AL PROGETTO DI RICERCA
PER MINORI

Titolo dello studio:

VALUTARE L'IMPATTO DEL CORSO "50 Sfumature di Prevenzione" SULLA SENSIBILIZZAZIONE ALLA PREVENZIONE ALL'HPV

ENTI PARTECIPANTI:

LILT e Università Cattolica del Sacro Cuore

GRUPPO DI RICERCA

EngageMindsHub

Egr. Sig. / Gent.le Sig.ra

La informiamo che stiamo conducendo uno studio per **valutare l'impatto del corso "50 sfumature di prevenzione" sulla sensibilizzazione alla prevenzione all'hpv**, organizzato da LILT in collaborazione con il centro di ricerca EngageMindsHub dell'Università cattolica del Sacro Cuore.

Per questo motivo Le proponiamo di partecipare allo studio che sarà condotto sotto la responsabilità del/la Dott./ssa Serena Barello.

Prima che Lei decida se accettare o rinunciare, La invitiamo a leggere con attenzione questo documento, qualora Lei desideri avere ulteriori informazioni e chiarimenti potrà rivolgersi al/la Dott./ssa Serena Barello (i cui recapiti sono indicati in fondo al presente documento) che Le dedicherà tutto il tempo necessario per chiarire ogni Suo dubbio, fermo restando che Lei potrà rivolgersi in qualsiasi momento anche agli operatori coinvolti nell'esecuzione dello studio.

Lei è obbligato/a a partecipare allo studio?

La partecipazione è completamente volontaria. Inoltre, se in un qualsiasi momento Lei dovesse cambiare idea e volesse ritirarsi dalla procedura di valutazione, è libero/a di farlo.

Premesse e scopo dello studio

-Scopo: L'obiettivo principale del progetto è valutare l'efficacia dei corsi sull'HPV nella sensibilizzazione alla prevenzione

-Disegno dello Studio: prima e dopo il corso Le verranno somministrati dei questionari on-line

-Durata prevista dello Studio: equivale alla durata del corso

Cosa succederà se dovesse decidere di partecipare allo studio?

La *procedura* prevede:

la compilazione di questionari on-line prima e dopo l'erogazione della formazione.

Quali sono i possibili benefici relativi alla partecipazione allo studio?

I benefici risiedono nella possibilità di contribuire ad approfondire se e come i corsi erogati da LILT abbiano un impatto effettivo sulle conoscenze e sulla sensibilizzazione rispetto all'HPV.

Quali sono i possibili rischi / effetti collaterali legati alla partecipazione allo studio?

Non sono presenti rischi o effetti collaterali

Altre informazioni importanti

La informiamo che lo studio verrà condotto in accordo con le "Norme di Buona Pratica Clinica" definite a livello internazionale e nel rispetto dei principi etici stabiliti nella "Dichiarazione di Helsinki" (1964) e successive revisioni.

Partecipazione allo studio

La Sua partecipazione è completamente libera e volontaria.

Se Lei acconsente a partecipare Le sarà chiesto di firmare il **Modulo di Consenso Informato per la Partecipazione di suo figlio/a allo Studio e per il Trattamento dei Dati**, allegato al presente documento, prima che Lei inizi a eseguire la procedura prevista dallo studio.

La firma del modulo allegato è al fine di garantire che Lei abbia ricevuto un'informazione completa e che abbia espresso liberamente la Sua volontà di far partecipare suo figlio/a; tale firma non implica alcun impegno da parte Sua a proseguire lo studio, non costituisce un vincolo di natura contrattuale, né rappresenta una rinuncia ai diritti che Le spettano.

Nel caso in cui Lei decida di ritirare suo/a figlio/a dallo studio, dopo avere inizialmente accettato, potrà interrompere la sua partecipazione in qualsiasi momento dandone comunicazione al Responsabile dello studio senza dover fornire una giustificazione. La scelta di non partecipare, o di ritirarsi dopo l'iniziale accettazione, non ha conseguenze negative e non comporta alcuna penalizzazione nel rapporto di suo/a figlio/a con il personale che lo/la assiste. Qualora si venisse a conoscenza di nuovi dati o di risultati che possano influenzare la partecipazione di suo/a figlio/a allo studio ne sarà tempestivamente informato/a; inoltre, il Responsabile dello studio potrà ritirare suo/a figlio/a dallo studio qualora ritenga che tale decisione risponda al suo migliore interesse.

Sul piano economico la partecipazione allo studio non determina alcun tipo di onere o di spesa aggiuntiva a Suo carico. Precisiamo che non Le viene richiesto di far partecipare suo/a figlio/a a questo studio per ricevere assistenza clinica, o per ottenere beneficio personale di tipo diagnostico.

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il Ricercatore chiederà a suo/a figlio/a alcuni dati personali, quali il sesso, la data di nascita ed eventuali altri dati. Queste informazioni sono importanti per una corretta esecuzione dello studio.

Tutti i dati personali acquisiti nell'esecuzione del presente studio saranno trattati nel pieno rispetto della normativa prevista dal Regolamento (UE) 2016/679 in materia di «Protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali», entrato in vigore il 25 maggio 2018, e dal D.lgs. 30.6.2003 n. 196 - Codice in materia dei dati personali, per quanto non abrogato dall'entrata in vigore del citato regolamento europeo.

Ai sensi di tale normativa, il Titolare del trattamento dei Suoi dati personali rimarrà l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano.

Natura dei dati e modalità di trattamento

Tutte le informazioni personali che riguardano suo/a figlio/a, raccolte durante questo studio, sono confidenziali e saranno trattate nel rispetto della normativa vigente sopra richiamata.

I dati da forniti da suo/a figlio/a saranno resi **non identificabili, ossia il materiale raccolto sarà anonimizzato e non ricollegabile all'identità del partecipante allo Studio**. Tale materiale sarà analizzato e trattato a scopo di ricerca scientifica solo da parte del personale incaricato all'esecuzione dello Studio.

I dati, trattati mediante strumenti anche elettronici, potranno essere diffusi in forma rigorosamente anonima attraverso riunioni, convegni e pubblicazioni scientifiche; in ogni caso il nome di suo/a figlio/a o qualsiasi altro dettaglio idoneo a identificarlo/la, non saranno divulgati in quanto i dati potranno essere presentati esclusivamente in forma aggregata ovvero secondo modalità che non rendano identificabili i soggetti partecipanti allo studio.

Il trattamento dei dati non contempla un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione.

Saranno utilizzate adeguate misure di sicurezza al fine di garantire la protezione, la sicurezza, l'integrità e l'accessibilità dei dati personali.

I dati personali verranno conservati solo per il tempo necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti o per qualsiasi altra legittima finalità a essi collegata e comunque per un periodo minimo di 5 anni (ai sensi dell'Art.17 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani).

I dati personali che non siano più necessari, o per i quali non vi sia più un presupposto giuridico per la relativa conservazione, verranno anonimizzati irreversibilmente o distrutti in modo sicuro.

Esercizio dei diritti

Il GDPR - Reg. UE 2016/679 prevede e rafforza la protezione e il trattamento dei dati personali alla luce dei principi di correttezza, liceità, trasparenza, tutela della riservatezza e dei diritti dell'interessato in merito ai propri dati.

Lei potrà esercitare i diritti di cui all'Art. 7 del D.Lgs. 193/2003 e agli Artt. 15-18 e Artt. 20-21 del GDPR - Reg. UE 2016/679 (accedere ai Suoi dati personali, chiederne l'integrazione, l'aggiornamento, la rettifica, la cancellazione, chiederne la limitazione, richiedere la portabilità, opporsi al trattamento) rivolgendosi direttamente al Titolare del Trattamento oppure tramite il personale da esso incaricato.

Nel caso in cui Lei decida di ritirare suo/a figlio/a dallo studio, non saranno più raccolti ulteriori dati che lo/la riguardano, fermo restando l'utilizzo di quelli eventualmente già acquisiti per determinare, senza alterarli, i risultati dello studio.

Per eventuali reclami o segnalazioni sulle modalità di trattamento dei dati è buona norma rivolgersi al Titolare del trattamento dei dati. Tuttavia è possibile inoltrare i propri reclami o le proprie segnalazioni all'Autorità responsabile della protezione dei dati, utilizzando gli estremi di contatto pertinenti: Garante per la protezione dei dati personali - piazza di Montecitorio n.121 - 00186 ROMA (fax: 06 696773785; tel: 06 696771; email: garante@gpdp.it; PEC: protocollo@pec.gpdp.it).

Il Protocollo dello Studio a cui Le viene proposto di partecipare, è stato approvato – unitamente al presente documento – dalla Commissione Etica del Dipartimento di Psicologia (CERPS) dell'Università Cattolica del Sacro Cuore.

Per ulteriori informazioni, chiarimenti e comunicazioni può contattare il responsabile dello studio, il/la dott./ssa Serena Barello, all'indirizzo email serena.barello@unicatt.it

La ringraziamo per la Sua disponibilità e la Sua collaborazione

MODULO DI CONSENSO INFORMATO PER LA PARTECIPAZIONE ALLO STUDIO E PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PER MINORI

Titolo dello studio:

50 SFUMATURE DI PREVENZIONE

Io sottoscritto/a: _____
Cognome e Nome di uno dei due genitori o rappresentanti legalmente riconosciuti dell'alunno partecipante
nato/a a, il: _____
Luogo e data di nascita di uno dei due genitori o rappresentanti legalmente riconosciuti dell'alunno partecipante.
residente a _____, in via _____

esercitando la rappresentanza legale sul minore

_____ *Cognome e Nome del proprio figlio/a*
nata/o a _____ il _____
residente a _____ in via _____

DICHIARO QUANTO SEGUE:

1. ai sensi del Decreto Legislativo n.196/2003 e del GDPR - Reg. UE 2016/679, avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali e in relazione a quanto indicato in merito al trattamento di tali informazioni, esprimo il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito indicata, alla raccolta, al trattamento e alla comunicazione dei dati personali di mio/a figlio/a per tutte le finalità e nelle modalità indicate nella presente informativa.

FORNISCO IL CONSENSO NON FORNISCO IL CONSENSO

2. ai sensi del Decreto Legislativo n.196/2003 e del GDPR - Reg. UE 2016/679, avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati sensibili relativi allo stato di salute e in relazione a quanto indicato in merito al trattamento di tali informazioni, esprimo il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito indicata, alla raccolta, al trattamento e alla comunicazione dei dati sensibili relativi allo stato di salute di mio/a figlio/a per tutte le finalità e nelle modalità indicate nella presente informativa.

FORNISCO IL CONSENSO NON FORNISCO IL CONSENSO

3. Rispetto ad eventuali registrazioni audiovisive di mio/a figlio/a, effettuate nel contesto della realizzazione del progetto, esprimo il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito indicata, all'uso e pubblicazione in qualsiasi forma, inclusi i concorsi, internet, pubblicazioni educative e/o scientifiche, ecc.. Dichiaro che tali registrazioni saranno registrate a titolo gratuito e ne vieto l'utilizzo in contesti che possano recare danno alla dignità e al decoro di mio/a figlio/a.

AUTORIZZO NON AUTORIZZO

DICHIARO INOLTRE QUANTO SEGUE:

1. ho letto e compreso il foglio informativo di cui questo modulo è parte integrante;

2. ho avuto la possibilità di porre domande e di chiedere spiegazioni al/alla Dott./ssa _____ dal/dalla quale ho ricevuto risposte soddisfacenti;
3. mi sono state illustrate la natura, lo scopo e la durata dello studio, le procedure che saranno seguite, il trattamento previsto per i partecipanti e il tipo di collaborazione che ad essi sarà richiesta;
4. ho compreso che la partecipazione allo studio è libera e volontaria e che in qualsiasi momento posso decidere di ritirare mio/a figlio/a dallo studio senza essere in alcun modo esposto a conseguenze negative e senza che siano compromessi i suoi diritti e il suo rapporto con il personale coinvolto;

Tutto ciò premesso, apponendo la firma accetto la proposta di partecipare allo studio descritto nel presente documento.

Luogo e data: _____

Firma del genitore o legale rappresentante del minore

Data _____