



Ministero dell'Istruzione e del Merito

ISTITUTO COMPRENSIVO "MAZZINI – CASTIGLIONE"

CENTRO TERRITORIALE PER L'INCLUSIONE
COD. MECCANOGRAFICO - CTIC8BH005

AUTORIZZAZIONE E CONSENSO INFORMATO PER ATTIVITÀ CON ESPERTI ESTERNI

**PROGETTO DI EDUCAZIONE ALIMENTARE
PROMOZIONE DELLA SALUTE E CONTRASTO DEI DISTURBI ALIMENTARI IN AMBITO SCOLASTICO
AVVISO REGIONE SICILIA D.D.G. N° 0692 DEL 18/02/2026**

Alla Dirigente Scolastica
dell'IC "Mazzini-Castiglione"
Bronte

INFORMATIVA SULL'ATTIVITÀ

Nell'ambito dell'ampliamento dell'offerta formativa (PTOF), si terrà a scuola, in orario curricolare, un ciclo di incontri formativi incentrati sulla corretta alimentazione, guidati dalla Dott.ssa Martina Andronaco – Biologa/Nutrizionista, secondo un calendario che sarà pubblicato successivamente, con avvio nel mese di Ottobre 2026.

L'attività ha l'obiettivo di promuovere sani stili di vita, illustrare i principi della piramide alimentare, stimolare la consapevolezza sulle scelte alimentari quotidiane e prevenire comportamenti e abitudini alimentari nocive. **Non verranno effettuate visite mediche individuali, né prescritte diete personalizzate.**

Per tutta la durata dell'incarico, per il professionista non sarà possibile stabilire rapporti professionali di natura diversa rispetto a quelli oggetto della presente informativa con il personale, con gli studenti e loro familiari nelle scuole dove presta il suo supporto professionale.

In conformità con le linee guida sul consenso informato a scuola, si richiede di esprimere la propria volontà compilando una delle opzioni sottostanti.

I sottoscritti _____ e _____

in qualità di genitori / esercenti la responsabilità genitoriale sull'alunno/a:

Nome e Cognome: _____

Classe: _____ Sezione: _____ Plesso: _____



Ministero dell'Istruzione e del Merito

ISTITUTO COMPRENSIVO "MAZZINI – CASTIGLIONE"

CENTRO TERRITORIALE PER L'INCLUSIONE

COD. MECCANOGRAFICO - CTIC8BH005

- informato/i e consapevole/i di quanto sopra specificato;
- consapevole/i che il trattamento è effettuato dalla scuola nell'ambito delle finalità specificate;
- consapevole/i che la mancanza del consenso comporta l'impossibilità, da parte del titolare, di erogare il servizio specificato;
- informato/i del proprio diritto alla revoca del consenso (che non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso precedentemente espresso).

☐ **ACCONSENTONO**

alla partecipazione del/della proprio/a figlio/a alle attività del progetto sopra indicato.

☐ **NON ACCONSENTONO**

alla partecipazione del/della proprio/a figlio/a alle attività del progetto sopra indicato. In tal caso, si richiede l'attivazione dell'attività didattica alternativa programmata dalla scuola per la durata dell'incontro.

Trattamento dei Dati Personali (Privacy)

I dati raccolti saranno trattati dalla scuola esclusivamente per la gestione delle attività progettuali e nel pieno rispetto del Regolamento Europeo (GDPR 2016/679). Nessun dato sensibile o sanitario dell'alunno verrà diffuso all'esterno.

Luogo e data: _____

Firma genitore: _____ (*)

Firma genitore: _____ (*)

() In caso di firma di un solo genitore, la scelta si intende effettuata in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.*