



REGIONE CAMPANIA
Azienda Sanitaria Locale Napoli 1
Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro
DSB 26 (Soccavo – Pianura)
UNITA' OPERATIVA MATERNO-INFANTILE

**CONSENSO INFORMATO PER LA PARTECIPAZIONE AGLI INTERVENTI DI EDUCAZIONE ALL' AFFETTIVITÀ E
ALLA SESSUALITÀ**

Io sottoscritto/a, (cognome e nome): _____
Nata/o a _____ il _____ documento di riconoscimento _____,
C.F. _____ in qualità di (specificare se: genitore, tutore, curatore,
amministratore di sostegno) _____
e

Io sottoscritto/a, (cognome e nome): _____
Nata/o a _____ il _____ documento di riconoscimento _____,
C.F. _____ in qualità di (specificare se: genitore, tutore, curatore,
amministratore di sostegno) _____

del/della minorenni _____
nata/o a _____ il _____ documento di riconoscimento _____,
C.F. _____

Acconsento NON Acconsento

Che il minorenni sopra specificato partecipi:

- agli interventi di Educazione all'affettività e alla sessualità presso (specificare nominativo istituto scolastico/ ente) _____

in collaborazione con il Consultorio Familiare – UOMI distretto 26, secondo le Linee Guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità in materia di Educazione alla sessualità; In caso di consenso, sono consapevole che il minorenni sopra specificato possa esprimere autonomamente agli operatori/docenti presenti la volontà di astenersi a tutti o a singoli incontri.

- alla compilazione di un questionario anonimo volto a comprendere gli atteggiamenti dei giovani rispetto alla sessualità. Tutte le risposte dell'indagine saranno mantenute anonime e non saranno riconducibili alla identità del minore. I risultati dello studio verranno utilizzati per scopi di statistici e non a fini clinici. Saranno utilizzati solo in forma aggregata. La partecipazione è volontaria e il minore può decidere di interrompere la compilazione in qualsiasi momento, per qualsiasi motivo, senza alcuna penalità. Se desidera ricevere i risultati della statistica, in forma aggregata, può indicare la sua mail nello spazio sottostante: _____

La compilazione del questionario non comporta nessun rischio specifico. Se il minore si sente affaticato può interrompere la compilazione e proseguire in un altro momento.

Luogo e data: _____ Firma dei dichiaranti: _____

Si allega documento di identità del firmatario del modulo di consenso informato.