

FOGLIO INFORMATIVO E MODULO DI CONSENSO INFORMATO PER IL/I GENITORE/I O TUTORE

Titolo dello studio: Uno studio di validazione della versione breve dell'HEXACO Medium School Inventory Extended (MSI-E)
Responsabile dello studio: Nominativo: Prof.ssa Ida Sergi Affiliazione: Dipartimento di Psicologia – Università degli Studi della Campania “Luigi Vanvitelli”

Gentile Sig.ra/Sig.re,

le informazioni contenute nel seguente foglio informativo sono molto dettagliate. Vi chiediamo di accettare la partecipazione alla ricerca di Vostra/o figlio/a SOLO dopo avere letto con attenzione questo foglio informativo.

A. PREMESSA

Gentili Genitori/Tutori legali,

la scuola di Vostra/o figlia/o parteciperà ad una ricerca volta ad indagare la personalità degli adolescenti. La ricerca è condotta dalla Prof.ssa Ida Sergi del Dipartimento di Psicologia dell'Università della Campania “Luigi Vanvitelli” (ida.sergi@unicampania.it). È Vostro diritto essere informati circa lo scopo, le caratteristiche e le modalità di svolgimento della ricerca affinché possiate decidere in modo consapevole e libero se acconsentire o meno alla partecipazione di Vostra/o figlia/o. Vi invitiamo a leggere attentamente quanto riportato di seguito, i ricercatori coinvolti in questo progetto sono a Vostra disposizione per rispondere alle Vostre domande.

Una volta che avrete/avrà letto questo modulo, ed avrete ricevuto risposta alle eventuali domande, per autorizzare la partecipazione alla ricerca di Vostra/o figlia/o minore, Vi/Le sarà chiesto di firmare un modulo di consenso, di cui riceverete/riceverà una copia cartacea.

B. SEZIONE INFORMATIVA

Questa sezione ha l'obiettivo di presentare in modo sintetico gli aspetti chiave dello studio che proponiamo. Le sezioni successive forniranno maggiori dettagli allo scopo di darvi la possibilità di esprimere o meno un consenso pienamente informato alla partecipazione di Vostra/o figlia/o.

1. Qual è lo scopo di questa ricerca?

Lo scopo generale della presente ricerca è quello di studiare la personalità delle ragazze e dei ragazzi adolescenti. In particolare, siamo interessati a comprendere la relazione tra tratti di personalità e altri aspetti psicologici importanti per la fascia d'età adolescenziale (valori, dipendenza dallo smartphone, insoddisfazione per l'immagine corporea, autostima, resilienza, benessere psicologico, soddisfazione per la vita, comportamenti altruistici e prosociali).

2. Per quale ragione proponiamo la partecipazione di Vostra/o figlia/o alla ricerca?

Vi stiamo chiedendo di dare il consenso alla partecipazione ad una ricerca svolta in collaborazione con il Dipartimento di Psicologia dell'Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli, che ha il solo scopo di ricerca scientifica. Come brevemente detto precedentemente, ci interessa studiare la personalità delle ragazze e dei ragazzi adolescenti.

3. È obbligatorio partecipare alla ricerca?

La partecipazione è completamente libera. Inoltre, se in un qualsiasi momento, Voi e/o Vostra/o figlia/o dovete cambiare idea, siete liberi di ritirare il consenso alla partecipazione senza dover fornire alcuna spiegazione.

4. Quali sono i passaggi necessari per la partecipazione alla ricerca di Vostra/o figlia/o?

La partecipazione allo studio avviene previa dettagliata informazione a Voi e a Vostra/o figlia/o, sulle caratteristiche, sui rischi e benefici dello stesso. Al termine della fase informativa potrete acconsentire alla partecipazione allo studio di Vostra/o figlia/o firmando il modulo di consenso informato. È importante che anche Vostra/o figlia/o sia d'accordo a partecipare. Solo dopo che avrete espresso per iscritto il consenso, Vostra/o figlia/o potrà attivamente partecipare allo studio proposto.

5. Cosa succederà nel caso acconsentiste alla partecipazione di Vostra/o figlia/o allo studio? Cosa Le/Gli verrà chiesto di fare?

A Vostra/o figlia/o verrà chiesto di rispondere ad alcuni questionari durante l'orario scolastico utilizzando dei tablet che forniremo noi. Questo ci consentirà di raccogliere dati sulla sua personalità e su alcuni aspetti psicologici importanti per la fascia d'età adolescenziale.

6. Quali sono i possibili rischi ed i disagi dello studio?

La partecipazione alla ricerca è volontaria e gratuita. Per i partecipanti questa collaborazione non comporterà nessun tipo di rischio o disagio. Lo studio consentirà di incrementare le conoscenze nell'ambito dello studio della personalità degli adolescenti.

7. Come viene garantita la riservatezza delle informazioni?

Tutti i dati personali così come quelli che emergeranno nel corso della ricerca sono importanti per un corretto svolgimento dello studio. La riservatezza delle informazioni sarà garantita nel pieno rispetto del Regolamento UE 2016/679, noto come GDPR (General Data Protection Regulation) e del Decreto Legislativo 10 agosto 2018, n. 101, cioè le norme che regolano la privacy. In termini pratici, i dati che Voi e Vostra/o figlia/o ci fornirete saranno custoditi in luogo sicuro e non riporteranno MAI i vostri nomi ma un codice identificativo.

8. Come saranno usati i dati personali di Vostra/o figlia/o?

I dati raccolti saranno utilizzati in forma **anonima** ed aggregata, in modo da non poter risalire ai dati dei singoli individui, per lavori di tesi e/o di pubblicazioni scientifiche, in accordo a quanto è stabilito nel modulo "Modulo di trattamento dei dati personali per scopi scientifici di minori di anni 16", che firmerete separatamente, se deciderete di acconsentire alla partecipazione di Vostra/o figlia/o allo studio. Pertanto, i nomi dei minori che hanno preso parte alla ricerca non verranno mai utilizzati, né verranno fornite informazioni che potrebbero consentirne l'identificazione.

9. A chi potete chiedere ulteriori spiegazioni?

Per ogni dubbio potete contattare, la Prof.ssa Ida Sergi: ida.sergi@unicampania.it; il Prof. Augusto Gnisci: augusto.gnisci@unicampania.it; il Prof. Vincenzo Paolo Senese: vincenzopaolo.senese@unicampania.it.

10. Autorizzazione della ricerca

Questo studio è stato approvato dal Comitato Etico dell'Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli".

Vi ringraziamo per la Vostra disponibilità ed aiuto

ESPRESSIONE DI CONSENSO INFORMATO

Nome e Cognome del minore partecipante allo studio

Noi sottoscritti

- Nome: _____ Cognome _____
- Nome: _____ Cognome _____

in quanto genitori/tutori legali del suddetto partecipante,

- Dichiariamo di aver ricevuto spiegazioni esaurienti in merito alla richiesta di partecipazione di nostra/o figlia/o allo studio in oggetto e sufficienti informazioni riguardo ai rischi e ai benefici implicati nello studio, secondo quanto riportato nel foglio informativo in allegato.
- Dichiariamo di aver potuto discutere tali spiegazioni, di aver potuto porre tutte le domande che abbiamo ritenuto necessarie e di aver ricevuto in merito risposte soddisfacenti.
- Siamo stati inoltre informati del diritto di poter ritirare il consenso per la partecipazione di Nostra/o figlia/o dalla ricerca in qualsiasi momento e del nostro diritto ad avere libero accesso alla documentazione relativa alla ricerca ed alla valutazione espressa dal Comitato Etico.

Pertanto, alla luce delle informazioni che ci sono state fornite (selezionare l'opzione prescelta):

Noi sottoscritti

- Nome: _____ Cognome _____
- Nome: _____ Cognome _____

in qualità di genitori/e/tutori/e legali/e del suddetto partecipante

<input type="checkbox"/>	ACCONSENTIAMO/ ACCONSENTO	<input type="checkbox"/>	NON ACCONSENTIAMO/ NON ACCONSENTO	Alla partecipazione di nostra/o/mia/o figlia/o allo studio
--------------------------	------------------------------	--------------------------	--------------------------------------	---

 LUOGO DATA

 FIRMA DEL GENITORE

 LUOGO DATA

 FIRMA DEL GENITORE

Note:

- Nel caso uno dei genitori sia impossibilitato a firmare, il genitore presente, sottoscrivendo il presente documento, si assumerà la responsabilità di informare adeguatamente l'altro.
- Nel caso vi sia un unico genitore o tutore legale, sarà sufficiente un'unica firma.
- Questa pagina è stampata due volte, quindi Vi preghiamo di compilare anche la seconda copia, perché 1 resterà a Voi ed una 1 copia al responsabile della ricerca.

ESPRESSIONE DI CONSENSO INFORMATO

Nome e Cognome del minore partecipante allo studio

Noi sottoscritti

- Nome: _____ Cognome _____
- Nome: _____ Cognome _____

in quanto genitori/tutori legali del suddetto partecipante,

- Dichiariamo di aver ricevuto spiegazioni esaurienti in merito alla richiesta di partecipazione di nostra/o figlia/o allo studio in oggetto e sufficienti informazioni riguardo ai rischi e ai benefici implicati nello studio, secondo quanto riportato nel foglio informativo in allegato.
- Dichiariamo di aver potuto discutere tali spiegazioni, di aver potuto porre tutte le domande che abbiamo ritenuto necessarie e di aver ricevuto in merito risposte soddisfacenti.
- Siamo stati inoltre informati del diritto di poter ritirare il consenso per la partecipazione di Nostra/o figlia/o dalla ricerca in qualsiasi momento e del nostro diritto ad avere libero accesso alla documentazione relativa alla ricerca ed alla valutazione espressa dal Comitato Etico.

Pertanto, alla luce delle informazioni che ci sono state fornite (selezionare l'opzione prescelta):

Noi sottoscritti

- Nome: _____ Cognome _____
- Nome: _____ Cognome _____

in qualità di genitori/e/tutori/e legali/e del suddetto partecipante

<input type="checkbox"/>	ACCONSENTIAMO/ ACCONSENTO	<input type="checkbox"/>	NON ACCONSENTIAMO/ NON ACCONSENTO	Alla partecipazione di nostra/o/mia/o figlia/o allo studio
--------------------------	------------------------------	--------------------------	--------------------------------------	---

LUOGO DATA

FIRMA DEL GENITORE

LUOGO DATA

FIRMA DEL GENITORE

Note:

- Nel caso uno dei genitori sia impossibilitato a firmare, il genitore presente, sottoscrivendo il presente documento, si assumerà la responsabilità di informare adeguatamente l'altro.
- Nel caso vi sia un unico genitore o tutore legale, sarà sufficiente un'unica firma.
- Questa pagina è stampata due volte, quindi Vi preghiamo di compilare anche la seconda copia, perché 1 resterà a Voi ed una 1 copia al responsabile della ricerca.

Modulo di trattamento dei dati personali per scopi scientifici di minori di anni 16

INFORMATIVA

Gentile Signora/e,

La informiamo, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (di seguito, GDPR), che il trattamento dei dati personali di Sua/o figlia/o, delle informazioni che La/o riguardano, delle altre categorie particolari di dati, raccolti nel corso dello studio, sarà improntato al rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali e ai principi di correttezza, liceità, trasparenza, minimizzazione dei dati, esattezza, integrità e riservatezza e potrà essere svolto in via manuale o in via elettronica o comunque con l'ausilio di strumenti informatizzati o automatizzati esclusivamente da personale espressamente autorizzato in funzione del proprio profilo.

Il trattamento avverrà nel rispetto della normativa applicabile, con particolare riferimento al GDPR, al d.lgs. 196/2003 integrato con le modifiche introdotte dal d.lgs. 101/2018, alle Autorizzazioni Generali nonché ai Provvedimenti del Garante per la Protezione dei dati personali applicabili ratione materiae.

In particolare, in riferimento ai dati personali che rivelino l'origine etnica, le convinzioni religiose, filosofiche, le opinioni politiche, l'appartenenza sindacale, nonché trattare dati genetici, dati biometrici, intesi a identificare in modo univoco una persona, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o l'orientamento sessuale, La informiamo che:

- I dati liberamente conferiti saranno utilizzati solo per scopo di studi e di ricerca e non verranno comunicati o diffusi;
- Il Titolare del Trattamento, cioè l'organismo che determina come e perché i dati di Sua/o figlia/o siano trattati, è l'Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", con sede in Viale Lincoln 5, 81100 Caserta, nella persona del Rettore Prof. Giovanni Francesco Nicoletti, suo Legale Rappresentante, (d'ora in avanti: Titolare). Potrà rivolgersi al Titolare scrivendo all'indirizzo fisico sopra riportato o inviando una e-mail a rettorato@unicampania.it;
- Il Responsabile della protezione dati (d'ora in avanti, RPD) a cui si potrà rivolgere per tutte le questioni relative all'esercizio dei Suoi diritti derivanti dal GDPR, può essere contattato all'indirizzo di posta elettronica rp@unicampania.it o alla PEC rp@pec.unicampania.it;
- Il Responsabile del trattamento è la Prof.ssa Ida Sergi;
- Il conferimento dei dati è facoltativo e l'eventuale rifiuto a fornire tali dati potrebbe comportare solo l'interruzione della partecipazione allo studio/progetto di ricerca di Sua/o figlia/o;
- Salvo le eccezioni previste dal Regolamento per l'uso dei dati a fini di ricerca scientifica (Articolo 89 del GDPR e Regole deontologiche per trattamenti a fini statistici o di ricerca scientifica), Lei ha diritto in ogni momento di:
 - ❖ Accedere ai dati personali e ottenere conferma dell'esistenza o meno di dati personali che riguardano Sua/o figlia/o;
 - ❖ Ottenere la rettifica o la cancellazione dei dati o la limitazione del relativo trattamento;
 - ❖ Se i dati sono in formato elettronico, richiederne la portabilità;
 - ❖ Opporsi per motivi legittimi al trattamento;
 - ❖ Proporre reclamo all'autorità di controllo.

Al riguardo, Lei potrà far valere i Suoi diritti rivolgendosi al Titolare del trattamento e/o all'RPD dell'Ateneo;

- Ai sensi del GDPR, i dati di Sua/o figlia/o verranno conservati per un arco di tempo non superiore a quello necessario per conseguire le finalità per le quali sono stati raccolti e trattati sotto la responsabilità del Titolare del Trattamento.

Consenso al Trattamento dei dati personali e di particolari dati personali di cui all'art. 9 del GDPR di minori di 16 anni.

I SOTTOSCRITTI

.....nato/a.....il.....

.....nato/a.....il.....

genitori/tutori del/della minore.....nato/a ail.....

acquisite le informazioni fornite dal Titolare del Trattamento con l'informativa che precede e consapevoli che il trattamento riguarderà "particolari dati personali di cui all'art. 9 del GDPR", dichiarando di essere nel pieno possesso dei diritti di esercizio della potestà genitoriale/tutela nei confronti del minore,

- ACCONSENTONO**
 NON ACCONSENTONO

al trattamento dei dati necessari allo svolgimento dello studio/progetto di ricerca.

Luogo e data.....Firma.....Firma.....

Qualora il consenso in oggetto venga firmato da un solo genitore, visti gli Artt. 316 comma 1 e 337 ter comma 3 e 337 quater del Codice Civile si presuppone la condivisione da parte di entrambi i genitori.

BREVE QUESTIONARIO DA COMPILARE DA UNO SOLO DEI GENITORI/TUTORI LEGALI

Gentile Genitore/Tutore,

Le chiediamo gentilmente di rispondere ad un breve questionario che ci permetterà di avere alcune informazioni di base sui genitori/tutori legali degli adolescenti che parteciperanno alla ricerca.

Il presente questionario può essere compilato da uno solo dei genitori/tutori legali e la sua compilazione richiede solo pochi minuti.

Il questionario è anonimo, le informazioni che ci fornirà saranno utilizzate nel massimo rispetto della privacy e analizzate solo in forma aggregata, per fini statistici.

Di seguito, Le sarà chiesto di indicare delle informazioni che hanno lo scopo di creare un codice alfanumerico (numeri e lettere) che ci servirà a collegare le Sue risposte con quelle di Sua/o figlia/o (che partecipa alla ricerca). Il codice è creato in modo tale che sia unico ma che non consenta di risalire alle vostre identità. In questo modo viene garantito l'**anonimato**. **Per favore legga attentamente prima di indicare le informazioni richieste.**

- Per favore indichi la PRIMA lettera del NOME di Sua/o FIGLIA/O (se il nome di Sua/o FIGLIA/O è composto da due nomi separati, indichi la prima lettera del primo nome - ad esempio: se Sua figlia si chiama Maria Grazia, il primo nome è Maria, quindi M è la risposta che dovrà inserire): _____
- Per favore indichi la PRIMA lettera del COGNOME di Sua/o FIGLIA/O (se il cognome di Sua/o FIGLIA/O è composto da più parole, indichi la prima lettera della prima parola - ad esempio: se il cognome di Sua/o figlia/o è De Rossi, la prima lettera è D): _____
- Per favore indichi il MESE in cui è nata/o Sua/o FIGLIA/O: _____
- Per favore indichi il GIORNO in cui è nata/o Sua/o FIGLIA/O: _____
- Per favore indichi da QUANTE LETTERE è composto il NOME di Sua/o FIGLIA/O (se il nome di Sua/o FIGLIA/O è composto da due nomi separati, conti tutte le lettere di entrambi i nomi - ad esempio: se Sua figlia si chiama Maria Grazia, il suo nome sarà composto da 5+6 lettere, quindi 11 è la risposta che dovrà inserire): _____
- Indichi la classe che frequenta Sua/o FIGLIA/O (1^a, 2^a o 3^a media): _____
- Indichi la sezione: _____
- Indichi l'età di Sua/o FIGLIA/O (in anni) al 1° ottobre 2024 (indichi esattamente gli anni che Sua/o FIGLIA/O aveva il 1° ottobre – ad esempio: se nei giorni successivi ha compiuto 11 anni, il 1° ottobre ne aveva 10, quindi inserisca 10 come risposta!): _____
- Indichi il genere di Sua/o FIGLIA/O: _____

Da questo momento in poi, Le saranno presentate alcune domande che hanno lo scopo di ottenere alcune informazioni di base sui genitori/tutori legali degli adolescenti che parteciperanno alla ricerca.

Per queste prime domande risponda pensando a sé stesso/a.

Ruolo rispetto al/alla ragazzo/a:

- Madre
- Padre
- Nonna
- Nonno
- Zia
- Zio
- Tutore legale
- Altro (specificare) _____

Età: _____

Titolo di studio:

- Nessun titolo
- Licenza elementare
- Licenza media
- Qualifica professionale triennale
- Diploma di scuola secondaria superiore (liceo, istituto tecnico o istituto professionale)
- Titolo di studio superiore al diploma, diverso dalla Laurea (ISEF, Accademia di Belle Arti, Conservatorio)
- Laurea
- Titolo di studio post-laurea (Specializzazione, Master, Dottorato di ricerca, ecc.)

Professione:

- Disoccupato/a
- Si occupa della casa
- Dirigente, docente universitario, funzionario/a, ufficiale militare
- Imprenditore/Imprenditrice, proprietario/a agricolo/a
- Professionista dipendente, sottufficiale militare, libero professionista (medico, avvocato, psicologo/a, architetto, ecc.)
- Lavoratore/trice in proprio (commerciante, artigiano/a, meccanico, sarto/a, ecc.)
- Insegnante, impiegato/a, militare graduato (carabiniere, poliziotto/a, finanziere, ecc.)
- Operaio/a, addetto/a ai servizi, socio/a di cooperativa (tecnico, infermiere, cameriere/a, commesso/a, ecc.)
- Pensionato/a
- Altro (specificare) _____

Esiste un'altra figura genitoriale o persona che si occupa del/della ragazzo/a?

- No
- Sì

Se ha risposto sì, risponda anche alle domande successive.

Ruolo rispetto al/alla ragazzo/a:

- Madre
- Padre
- Nonna
- Nonno
- Zia
- Zio
- Tutore legale
- Altro (specificare) _____

Età: _____

Titolo di studio:

- Nessun titolo
- Licenza elementare
- Licenza media
- Qualifica professionale triennale
- Diploma di scuola secondaria superiore (liceo, istituto tecnico o istituto professionale)
- Titolo di studio superiore al diploma, diverso dalla Laurea (ISEF, Accademia di Belle Arti, Conservatorio)
- Laurea
- Titolo di studio post-laurea (Specializzazione, Master, Dottorato di ricerca, ecc.)

Professione:

- Disoccupato/a
- Si occupa della casa
- Dirigente, docente universitario, funzionario/a, ufficiale militare
- Imprenditore/Imprenditrice, proprietario/a agricolo/a
- Professionista dipendente, sottufficiale militare, libero professionista (medico, avvocato, psicologo/a, architetto, ecc.)
- Lavoratore/trice in proprio (commerciante, artigiano/a, meccanico, sarto/a, ecc.)
- Insegnante, impiegato/a, militare graduato (carabiniere, poliziotto/a, finanziere, ecc.)
- Operaio/a, addetto/a ai servizi, socio/a di cooperativa (tecnico, infermiere, cameriere/a, commesso/a, ecc.)
- Pensionato/a
- Altro (specificare) _____