



DIPARTIMENTO *di* PSICOLOGIA
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELLA CAMPANIA
LUIGI VANVITELLI

Gentile Genitore,

chiediamo la possibilità di coinvolgere sua/o figlia/o a partecipare ad un progetto di ricerca proposto dall'Osservatorio sui Disturbi Alimentari, Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", su *"Atteggiamenti alimentari ed emozioni in età evolutiva"*.

La preghiamo di leggere con attenzione questo documento, prendendo tutto il tempo che necessita, ed invitandola a chiederci chiarimenti qualora le informazioni fornite non fossero comprensibili o avesse bisogno di ulteriori precisazioni.

Questo studio si pone l'obiettivo di descrivere atteggiamenti e comportamenti connessi all'alimentazione e alle emozioni in età evolutiva.

La partecipazione allo studio consentirà di raccogliere informazioni necessarie per progettare ed attuare interventi diretti a promuovere e consolidare atteggiamenti e stili di vita salutari.

La ricerca è strutturata in due fasi, condotte a tre mesi di distanza l'una dall'altra. Ogni fase prevede la compilazione di un booklet di questionari che – nel pieno rispetto delle normative anti-Covid – avverrà in via telematica, attraverso la piattaforma Google Meet. Per poter accedere alla piattaforma, suo/a figlia/a dovrà utilizzare un account di posta elettronica.

La compilazione avverrà sotto la supervisione dei collaboratori della ricerca e richiederà circa trenta minuti. Le domande che verranno poste a suo/a figlio/a sono facili, piacevoli e non indagano le caratteristiche del singolo soggetto. I questionari sono volti alla rilevazione di caratteristiche socio-anagrafiche (Sesso, Età, Composizione della famiglia), e di atteggiamenti, sentimenti, e comportamenti relativi a se stessi (*"Nel complesso sono soddisfatto di me stesso"*, *"Presto attenzione a come mi sento"*, *"Sono soddisfatto del mio aspetto"*) e alla propria alimentazione (*"Faccio tre pasti al giorno e occasionalmente uno spuntino"*).

Tutti i dati raccolti dalla ricerca verranno trattati anonimamente ed esclusivamente a livello di gruppo e saranno unicamente oggetto di comunicazioni scientifiche scritte e/o orali.

La partecipazione è assolutamente volontaria, suo/a figlio/a avrà la possibilità di ritirarsi dalla ricerca in qualsiasi momento e per qualsiasi motivo, comunicandolo al somministratore, senza penalizzazione alcuna e ottenendo il non utilizzo dei suoi dati.

Ai sensi dell'art. 4 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, è garantito il diritto alla riservatezza, alla non riconoscibilità e all'anonimato.

I dati raccolti saranno trattati in accordo con le leggi sulla privacy e in conformità al Decreto Legislativo n. 101/ del 10 agosto 2018 e succ. mod. e int. - "Codice in materia di protezione dei dati personali", garantendo l'anonimato dei partecipanti.

La invitiamo, dunque, a compilare il **modulo di consenso** che segue al fine di permettere a suo/a figlio/a di prendere parte alla ricerca. La preghiamo, inoltre, di compilare anche il **consenso al trattamento dei dati sensibili**, presente nell'ultima pagina. Il modulo, compilato in tutte le sue parti, dovrà essere inviato al seguente indirizzo mail: **osservatoriodisturbialimentari@gmail.com**

Inoltre, Le ricordiamo che in caso lei abbia bisogno di ulteriori informazioni o chiarimenti, il responsabile della ricerca, la Prof.ssa Stefania Cella e i suoi collaboratori, sono a Sua completa disposizione.

Grazie per la partecipazione!

Responsabile scientifico:

Stefania Cella, Ph.D.

Ricercatore di Psicologia Clinica

Direttore Osservatorio sui Disturbi Alimentari (ODA)

Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli"

Viale Ellittico, 31, 81100, Caserta

Psicoanalista, Membro Associato SPI-IPA

e-mail: stefania.cella@unicampania.it

AUTORIZZAZIONE PARTECIPAZIONE RICERCA

(in caso di figlio/a minorenni)

I sottoscritti (padre) _____ e (madre) _____
in qualità di Genitori/Tutori del minore _____
iscritto presso la Scuola/l'Istituto _____ classe _____ sezione _____

autorizzano

non autorizzano

il/la proprio/a figlio/a a partecipare allo studio sopra indicato, e dichiarano di essere a conoscenza che:

- lo studio in questione fa parte di un progetto di ricerca di cui la dott.ssa Stefania Cella è responsabile e il cui scopo generale è l'approfondimento degli atteggiamenti e comportamenti connessi alla alimentazione e alle emozioni in età evolutiva;
- al proprio figlio/a verrà richiesto di rispondere a delle semplici domande che non hanno alcun fine diagnostico;
- il proprio figlio/a ha la possibilità di ritirarsi dalla ricerca in qualsiasi momento e per qualsiasi motivo, comunicandolo al somministratore, senza penalizzazione alcuna e ottenendo il non utilizzo dei suoi dati;
- solo le persone che conducono la ricerca potranno avere accesso ai dati del proprio figlio/a, limitatamente ai fini della loro elaborazione e alla pubblicazione a fine scientifico;
- tutti i materiali verranno conservati nel pieno rispetto della privacy e dell'anonimato (Dlgs. n. 101/2018)
- per qualsiasi domanda inerente alla ricerca potranno rivolgersi alla dott.ssa Stefania Cella, Osservatorio sui Disturbi Alimentari, Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", e-mail: stefania.cella@unicampania.it

Data ____/____/____

Firma padre _____

Firma madre _____

Indicare **e-mail** del genitore e/o del/la figlio/a, necessaria ad accedere alla piattaforma **Google Meet**:

(in caso di genitore/tutore assente o impossibilitato a firmare)

Il/la sottoscritto/a _____ genitore dell'alunno/a _____
dichiara sotto la propria responsabilità che tale richiesta viene inoltrata anche a nome e per conto del
genitore/tutore assente _____

Data ____/____/____

Firma _____

AUTORIZZAZIONE PARTECIPAZIONE RICERCA

(in caso di figlio/a maggiorenne)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ dichiara di essere a conoscenza che:

- ogni partecipante è libero/a di chiedere chiarimenti sulla procedura di raccolta dati e su qualsiasi aspetto della ricerca;
- ogni partecipante è libero/a di abbandonare la seduta in qualsiasi momento;
- l'eventuale rifiuto a partecipare o l'abbandono della seduta non comportano alcuna conseguenza negativa per il partecipante;
- i dati personali raccolti verranno elaborati in forma anonima e non verranno trasmessi a persone non direttamente coinvolte nella ricerca;
- i risultati verranno presentati in forma aggregata e con ogni cautela necessaria a evitare la identificabilità dei partecipanti;

Dichiara inoltre:

- di essere maggiorenne
- di aver letto con attenzione tutti i punti della dichiarazione
- di essere stato compiutamente informato in merito alla ricerca
- di dare il proprio consenso a partecipare alla ricerca

Data ____/____/____

Firma _____

Indicare **e-mail** del genitore e/o del/la figlio/a, necessaria ad accedere alla piattaforma **Google Meet**:

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Il/la sottoscritto/a _____

acconsente non acconsente

al trattamento dei propri dati personali e sensibili raccolti nell'ambito della presente ricerca nei termini e modi indicati nei precedenti punti.

L'elaborazione dei dati raccolti nell'ambito della ricerca, la loro comunicazione a soggetti terzi e/o pubblicazione per scopi scientifici sono consentite, ma potranno avvenire soltanto dopo che i dati medesimi saranno stati resi anonimi, a cura e sotto la responsabilità diretta del responsabile della ricerca (art.13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n.196).

Tutti i ricercatori coinvolti nella raccolta dati sono vincolati alla segretezza sull'identità dei partecipanti.

Data ____/____/____

Firma _____