***PER LE autorizzazioni SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO***

***MINORENNI***

La Sig.ra ............................................................. madre del minorenne …………………………………………………….

nata a ........................................……………………………………………………………………………… il \_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

e residente a …………………..………….................................................................................................................

in via/piazza ………...…………………………...................................................................................n. ….……............

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal dott.ssa presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma della madre

Teverola, lì ……………………………

Il Sig. ....................................................................padre del minorenne …………………………………………………….

nato a ........................................……………………………………………………………………………… il \_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

e residente a …………………..………….................................................................................................................

in via/piazza ………...…………………………...................................................................................n.….…….............

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma del padre

Teverola, lì…………………………

***PERSONE SOTTO TUTELA***

La Sig.ra/Il Sig. ......................................................................................... nata/o a …………………………. il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Tutore del minorenne............................................................... in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero) ....................................................................................................................................................

residente a …………………..………….....................................................................................................................

in via/piazza ………...…………………………................................................................................... n. ….…….............

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dal dott.ssa presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma del tutore

Teverola, lì