

MODULO DI AUTORIZZAZIONE PER MINORENNI

La Sig.ra madre del minorenne..... nata a..... il ___/___/___ e residente a in via/piazzan..... 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 Daniela Robertelli presso lo Sportello di Ascolto.	
Luogo e data _____	Firma della madre _____
Il Sig. padre del minorenne..... nato a il ___/___/___ e residente a in via/piazzan..... 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 Daniela Robertelli presso lo Sportello di Ascolto.	
Luogo e data _____	Firma del padre _____

MODULO DI AUTORIZZAZIONE PER MINORENNI SOTTO TUTELA

MINORI 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/piazzan..... 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 dalla dott.ssa Daniela Robertelli presso lo Sportello di Ascolto.	
Luogo e data _____	Firma del tutore _____

MODULO DI CONSENSO MAGGIORENNI

ALUNNI MAGGIORENNI

La Sig.ra/Il Sig. dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Daniela Robertelli presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma