

PER LE SOTTOSCRIZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA - SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MAGGIORENNI

La studentessa / Lo studente 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 presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

MINORENNI

La Sig.ra madre del minorene.....
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 dalla dott.ssa presso lo Sportello di ascolto

Luogo e data

Firma dalla madre

Il Sig..... padre del minorene.....
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 dal padre