

**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. .....presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

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 dal Dottor Pennesi presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del padre

**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 Dottor Pennesi presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore