

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
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/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
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/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 dal Dottor Pennesi presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore