MINORENNI

Il signor/ra ............................................................. nato/a ................................ ………

il / / e residente a ………………….……………………………………………………………………..…………

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

genitore del minore……………………………………………………………….

………………………………………………………….

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista nella nota informativa “Consenso informato per prestazioni di consulenza presso lo sportello di ascolto scolastico” e presta il proprio consenso affinché il figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dal dott. FRANCESCO ANDREOLLI presso lo Sportello CIC-Spazio Ascolto.

Luogo e data Firma

Il signor/ra ............................................................. nato/a ................................ …….

il / / e residente a ……………….……………………………………………………………………..…………

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

genitore del minore…………………………………………………………….………………………………………………………….

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista nella nota informativa “Consenso informato per prestazioni di consulenza presso lo sportello di ascolto scolastico” e presta il proprio consenso affinché il figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dal dott. FRANCESCO ANDREOLLI presso lo Sportello CIC-Spazio Ascolto.

Luogo e data Firma

…………………………………… ........................................................

\*il documento per essere ritenuto valido e consentire l’accesso di un minore allo sportello di ascolto deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti da entrambi i genitori