

## Modello di autorizzazione

**COMPILARE SOLO IL RIQUADRO APPROPRIATO**

### **ALUNNI MINORENNI**

La Sig.ra ..... madre del minorene.....  
nata a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
e residente a .....  
in via/piazza .....n.....  
dichiara di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa  
Finazzo Francesca presso lo 'Sportello di Ascolto Psicologico e counseling psicologico'.  
Luogo e data Firma della madre

Il Sig. .... padre del minorene.....  
nato a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
e residente a .....  
in via/piazza .....n.....  
dichiara di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa  
Finazzo Francesca presso lo 'Sportello di Ascolto Psicologico e counseling psicologico'.  
Luogo e data Firma del padre

### **PERSONE SOTTO TUTELA**

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o a.....  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Tutore del minorene.....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante,  
data numero) .....  
residente a .....  
in via/piazza .....n.....  
dichiara di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa  
Finazzo Francesca presso lo 'Sportello di Ascolto Psicologico e counseling psicologico'.  
Luogo e data Firma del tutore

Si allegano copie dei documenti di identità