

Modello di autorizzazione

COMPILARE SOLO IL RIQUADRO APPROPRIATO

ALUNNI MINORENNI

La Sig.ra madre del minorene.....
nata a il ___/___/___
e residente a
in via/piazzan.....
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/piazzan.....
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/piazzan.....
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