

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Teresa Pappalettera presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma _____

MINORENNI

La Sig.ra madre del minorenni 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 dalla dott.ssa Teresa Pappalettera presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre _____

Il Sig. padre del minorenni 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 dalla dott.ssa Teresa Pappalettera presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del padre _____

PERSONE SOTTO TUTELA

Il Sig./La Sig.ra Nato/a a il ___/___/___ e residente a In Via/Piazza n° Tutore del minorenni In ragione di (indicare provvedimento, autorità emanante, data numero) 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 dalla dott.ssa Teresa Pappalettera presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore _____