**Si invita a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.**

**I MODULI DEVONO ESSERE COMPILATI DA ENTRAMBI I GENITORI O ESERCENTI LA RESPONSABILITA’ GENITORIALE**

***MINORENNI***

La Sig.ra .........................................................madre del minorenne……………………………………………classe…………

nata a ........................................……………………………………………………………………………… il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

e residente a …………………..………….................................................................................................................

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

CF ………………………………………………………………….. N° Documento identità…………………………………………………..

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. Iacopo Bertacchi e dott.ssa Maria C. Esposito presso lo Sportello di ascolto.

**Luogo e data** **Firma della madre**

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

Il Sig. .................................................................padre del minorenne…………………………………………classe………….

nato a ........................................……………………………………………………………………………… il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

e residente a …………………..………….................................................................................................................

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

CF ………………………………………………………………….. N° Documento identità…………………………………………………..

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. Iacopo Bertacchi e dott.ssa Maria C. Esposito presso lo Sportello di ascolto.

**Luogo e data**  **Firma del padre**

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

***PERSONE SOTTO TUTELA***

LaSig.ra/IlSig............................................................................................nata/o a……………………………………… il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_Tutore del minorenne..................................................classe.............in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero) .............................................................................................................................................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 minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dal dott. Iacopo Bertacchi e dott.ssa Maria C. Esposito presso lo Sportello di ascolto.

**Luogo e data**  **Firma del tutore**

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