

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.ramadre del minorenn.....classe.....
nata a il ____/____/____
e residente a
in via/piazzan.....
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. Stefano Bandini e dott.ssa Anna Bonci presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

.....

Il Sig.padre del minorenn.....classe.....
nato a il ____/____/____
e residente a
in via/piazzan.....
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. Stefano Bandini e dott.ssa Anna Bonci presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del padre

.....

PERSONE SOTTO TUTELA

LaSig.ra/ILSig.....nata/o a.....
il ____/____/____Tutore del minorenn.....classe.....in ragione di (indicare
provvedimento, Autorità emanante, data numero)
.....residente a
.....in via/piazzan.....
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. Stefano Bandini e dott.ssa Anna Bonci presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore

.....