

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MAGGIORENNI

Il sottoscritto/a nato a il e residente a Via in qualità di cell..... mail..... altro..... dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dott.ssa Carmelina Franzese 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 cell..... mail 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 Carmelina Franzese 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 cell..... mail 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 dott.ssa Carmelina Franzese presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del padre

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig..... nata/o a..... il ____/____/____ Tutore del minorenni..... in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)..... residente a in via/piazza cell..... mail 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 dott.ssa Carmelina Franzese presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore