

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente frequentante la classe sez. nata/o a il ___/___/___ C.F..... 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 avvalersi delle prestazioni professionali rese dal dott. Alfonso Ciriello presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

MINORENNI

La Sig.ra madre del minore..... nata a il ___/___/___ C.F..... 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 dal dott. Alfonso Ciriello presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. padre del minore..... nato a il ___/___/___ C.F..... 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 dal dott. Alfonso Ciriello presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del padre

Rispettivamente PADRE e MADRE del minore (o detentori della responsabilità genitoriale del minore)
Nome..... Cognome..... classe ... Sez. ... nato/a a
il..... C.F.....

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig..... nata/o a.....
il ___/___/___ C.F.....
Tutore del minore..... nata/o a.....
il ___/___/___ C.F..... 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. Alfonso Ciriello presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore