

**PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO
APPROPRIATO**

MAGGIORENNI

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

Luogo e data

Firma

MINORENNI

La Sig.ra _____ madre del minorente _____
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 Eleonora Ferri presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. _____ padre del minorente _____
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 Eleonora Ferri 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 minore. _____ 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 dalla dott.ssa Eleonora Ferri presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore