

MAGGIORENNI

La sottoscritta/il sottoscritto dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dr.ssa Valentina Segato presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

MINORENNI

La Sig.ra _____, madre del/della minore _____, nata a _____ il ___/___/___ e residente a _____, identificata mediante documento: _____ n° _____ rilasciato da _____ il _____, email: _____, cell. _____, dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dr.ssa Valentina Segato presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

.....

.....

Il Sig. _____, padre del/della minore _____, nato a _____ il ___/___/___ e residente a _____, identificato mediante documento: _____ n° _____ rilasciato da _____ il _____, email: _____, cell. _____, dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dr.ssa Valentina Segato presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del padre

.....

.....

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig _____ nata/o a _____ il ___/___/___, identificato mediante documento: _____ n° _____ rilasciato da _____ il _____, Tutore del minore _____ in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero) _____

e residente a _____ in via/piazza _____ n. _____, email: _____, cell. _____, 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 dr.ssa Valentina Segato presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore

.....

.....