CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente …… 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. ... ……..presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma

MINORENNI

La Sig.ra ..... madre del minorenne……..
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 dal... dott. .....presso lo Sportello di ascolto.
Luogo e data Firma della madre

Il Sig. .....padre del minorenne……..
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 dal... dott. .....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 minorenne.....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. .....presso lo Sportello di ascolto.
Luogo e data Firma del tutore