

**CONSENSO INFORMATO
SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO**

MINORENNI

La Sig.ra. madre del/la minore
nata ail .../.../.....
e residente ain via/piazza n°.....
dichiara con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla Dott.ssa Angela Trotta.

Luogo e data..... Firma della madre.....

Il Sig. padre del/la minore
nato ail .../.../.....
e residente ain via/piazza n°.....
dichiara con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla Dott.ssa Angela Trotta.

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 ain via/piazza n°.....
dichiara con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla Dott.ssa Angela Trotta.

Luogo e data..... Firma del tutore.....