

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 minorenni \_\_\_\_\_

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 minorenni \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

I sottoscritti consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiarano di aver effettuato la scelta/riciesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui artt.316,337 ter e337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

**FIRMA GENITORI**

MADRE \_\_\_\_\_

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 dal Dott. \_\_\_\_\_ presso lo Sportello di Ascolto.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del Tutore \_\_\_\_\_