

MODULO AUTORIZZAZIONE ACCESSO "SPAZIO ASCOLTO" PER STUDENTI MINORENNI

Il signor/ra nato/a
Il/..... /..... e residente a
in via/piazza n.
documento di riconoscimento tipo..... numero
genitore del minore.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista nella nota informativa "Consenso informato per prestazioni di consulenza presso lo sportello di ascolto scolastico" e presta il proprio consenso affinché il figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dal dott. LUCA PISONI presso lo Sportello CIC - Spazio Ascolto.

Luogo e data

Firma

.....

.....

Il signor/ra nato/a
Il/..... /..... e residente a
in via/piazza n.
documento di riconoscimento tipo..... numero
genitore del minore.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista nella nota informativa "Consenso informato per prestazioni di consulenza presso lo sportello di ascolto scolastico" e presta il proprio consenso affinché il figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dal dott. LUCA PISONI presso lo Sportello CIC-Spazio Ascolto.

Luogo e data

Firma

.....

.....

*il presente modulo per essere ritenuto valido e consentire l'accesso di un minore allo sportello di ascolto deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti.