

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 dalla dott.ssa Bagalà 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

Dichiarazione di bigenitorialità per minorenni

Ai sensi della normativa vigente e consapevole delle conseguenze civili e penali in caso di dichiarazioni mendaci, la sottoscritta/ il sottoscritto dichiara che non sussistono condizioni ostative all'esercizio della bigenitorialità e firma il documento nel pieno rispetto della stessa.

Luogo e data Firma

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig. nata/o
a
il ___/___/_____
Tutore del minorenni 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