

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

**MAGGIORENNI**

La studentessa/ Lo studente/ Il Sig./la Sig.ra .....  
identificato/a mediante documento: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
classe (per gli studenti)..... 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  
Mastrosimini Tapogna Annalicia presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

**MINORENNI**

La Sig.ra ..... identificata mediante documento:  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
madre del/della minorenni.....  
Classe.....  
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  
dalla dott.ssa Mastrosimini Tapogna Annalicia presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. .... identificato mediante documento:  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
padre del/della minorenni.....  
Classe.....  
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  
dalla dott.ssa Mastrosimini Tapogna Annalicia presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del padre

**PERSONE SOTTO TUTELA**

La Sig.ra/Il Sig.....

identificato/a mediante documento: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

nata/o a..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Tutore del/della minorenne..... classe.....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 dalla dott.ssa Mastrosimini Tapogna Annalicia presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore