

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 Susanna Sardilli presso lo Sportello di ascolto, anche in modalità online tramite la piattaforma Google Suite dell'Istituto.

Luogo e data

Roma,

Firma

.....

MINORENNI

La Sig.ra madre del minorenni.....

nata a il ___/___/___

e residente a

in via/piazzan.....

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 Susanna Sardilli presso lo Sportello di ascolto, anche in modalità online tramite la piattaforma Google Suite dell'Istituto.

Luogo e data

Roma,

Firma della madre

.....

Il Sig. padre del minorenni.....

nato a il ___/___/___

e residente a

in via/piazzan.....

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 Susanna Sardilli presso lo Sportello di ascolto, anche in modalità online tramite la piattaforma Google Suite dell'Istituto.

Luogo e data

Roma,

Firma del padre

.....

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/piazzan.....

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 Susanna Sardilli presso lo Sportello di ascolto, anche in modalità online tramite la piattaforma Google Suite dell'Istituto

Luogo e data

Roma,

Firma del tutore

.....