

**MINORENNI**

La Sig.ra ..... madre del minorenn.....  
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 minorenn.....  
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  
dall'equipe:dott.sse Virginia Bruffa-AnnaRosa Del Grande- Silvia De Biase presso lo Sportello di ascolto.  
Luogo e data ..... Firma del padre

**PERSONE SOTTO TUTELA**

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o a.....  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Tutore del minorenn.....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 dall'equipe:dott.sse Virginia Bruffa-AnnaRosa Del Grande- Silvia De Biase presso lo Sportello di ascolto.  
Luogo e data ..... Firma del tutore