

CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO ALLO SPORTELLO D'ASCOLTO

MINORENNI

La/il sottoscritta/o _____,
nata/o a _____ il _____, residente a _____ prov (__),
in via _____, codice fiscale _____, cell
_____, e- mail _____.

La/il sottoscritta/o _____,
nata/o a _____ il _____, residente a _____ prov (__),
in via _____, codice fiscale _____, cell
_____, e- mail _____

in qualità di genitori o tutori del minore _____,
nata/o a _____ il _____ residente a
_____ prov (__), in via _____
codice fiscale _____ tel _____

dichiarano di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa accedere allo Sportello di Ascolto tenuto dalla dott.ssa Silvia Maria Torrisi, 3245671282, info@silviatorrisi.it

Luogo e data

Firma dei genitori/tutori

MAGGIORENNI

(per studenti maggiorenni, insegnanti, personale scolastico o genitori che accedono al servizio)

La/il sottoscritta/o _____,
nata/o a _____ il _____, residente a _____ prov (__),
in via _____, codice fiscale _____, cell
_____, e- mail _____

dichiara di prestare il proprio consenso per poter accedere allo Sportello di Ascolto tenuto dalla dott.ssa Silvia Maria Torrisi, 3245671282, info@silviatorrisi.it

Luogo e data

Firma
