

AUTORIZZAZIONE ACCESSO SPORTELLO DI ASCOLTO MINORENNI

La Sig.ra
madre del minorenne.....
nata a il ___/___/_____
e residente a
in via/piazza n.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato,

FORNISCE IL CONSENSO NON FORNISCE IL CONSENSO

al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

FORNISCE IL CONSENSO NON FORNISCE IL CONSENSO

all'utilizzo dello Sportello di ascolto da parte del figlio/a e alla possibilità di avvalersi delle prestazioni professionali della dott.ssa Mancini Arianna .

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig.
padre del minorenne.....
nato a il ___/___/_____
e residente a
in via/piazza n.....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato,

FORNISCE IL CONSENSO NON FORNISCE IL CONSENSO

al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

FORNISCE IL CONSENSO NON FORNISCE IL CONSENSO

all'utilizzo dello Sportello di ascolto da parte del figlio/a e alla possibilità di avvalersi delle prestazioni professionali della dott.ssa Mancini Arianna .

Luogo e data

Firma del padre