

COMPILARE SOLO IL RIQUADRO APPROPRIATO

MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente/ L'insegnante/ Il genitore dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dal/dalla dott./dott.ssa presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico *(se le attività sono svolte a distanza)*.

Foggia,

Firma _____

MINORENNI

La Sig.ra madre del minore
nata a il
e residente a in via/piazza n.
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal/dalla dott./dott.ssa presso lo Sportello di ascolto/ mediante interventi di E-Health di carattere psicologico *(se le attività sono svolte a distanza)*.

Foggia,

Firma della madre _____

Il Sig. padre del minore
nato a il
e residente a in via/piazza n.
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal/dalla dott./dott.ssa presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico *(se le attività sono svolte a distanza)*.

Foggia,

Firma del padre _____

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig. nata/o a il
Tutore del minore in ragione di *(indicare provvedimento)*
 emesso da *(indicare l'Autorità emanante)*
(indicare data numero del provvedimento)
residente a in via/piazza n.
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dal/dalla dott./dott.ssa presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico *(se le attività sono svolte a distanza)*.

Foggia,

Firma del tutore _____