

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente decide di volersi avvalere del servizio sopra riportato con piena consapevolezza e di ricorrere alle prestazioni professionali rese dall'esperto inviato dalla ASL RM1 presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

MINORENNI

La Sig.ra madre del minorenni
nata a il ____ / ____ / ____
e residente a
in via/piazzan.....
dichiara di aver compreso le finalità dello Sportello di ascolto e decide di volersi avvalere del servizio sopra riportato con piena consapevolezza. Presta quindi il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali dello Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. padre del minorenni
nato a il ____ / ____ / ____
e residente a
in via/piazzan.....
dichiara di aver compreso le finalità dello Sportello di ascolto e decide di volersi avvalere del servizio sopra riportato con piena consapevolezza. Presta quindi il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali dello Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del padre

Dichiarazione di bigenitorialità per minorenni

Ai sensi della normativa vigente e consapevole delle conseguenze civili e penali in caso di dichiarazioni mendaci, la sottoscritta/ il sottoscritto dichiara che non sussistono condizioni ostative all'esercizio della bigenitorialità e firma il documento nel pieno rispetto della stessa.

Luogo e data Firma

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 le finalità dello Sportello di ascolto e decide di volersi avvalere del servizio sopra riportato con piena consapevolezza. Presta quindi il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal/la dott./ssa dott./ssa presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore