

**Allegato Avviso n. 142/2022 SPORTELLO PSICOLOGICO - I.I.S.S G.SOLIMENE-LAVELLO
dott.ssa Raffaella Di Cosmo Psicologa-Psicoterapeuta**

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

La studentessa/ Lo studente / La signora / Il signor dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Raffaella Di Cosmo Psicologa-Psicoterapeuta.

Luogo e data

Firma

MINORENNI

La Sig.ra madre del/la minore.....

Nato/a a il ___/___/___

e residente a

in via/piazzan.....

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 dalla dott.ssa Raffaella Di Cosmo Psicologa-Psicoterapeuta

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig.padre del minore.....

nato a il ___/___/___

e residente a

in via/piazzan.....

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 dalla dott.ssa Raffaella Di Cosmo Psicologa-Psicoterapeuta

Luogo e data

Firma del padre

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o a.....
il ___/___/___

Tutore del minore.....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)
.....
.....

residente a

in via/piazzan.....

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 dalla dott.ssa Raffaella Di Cosmo Psicologa-Psicoterapeuta

Luogo e data

Firma del tutore