

## MODULO DI AUTORIZZAZIONE PER 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 e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Daniela Cusimano presso lo Sportello di Ascolto.	
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 e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Daniela Cusimano presso lo Sportello di Ascolto.	
Luogo e data	Firma del padre

## MODULO DI AUTORIZZAZIONE PER MINORENNI SOTTO TUTELA

<b>PERSONE SOTTO TUTELA</b> La Sig.ra/Il Sig..... nata/o a..... il ___ / ___ / _____ Tutore del minorenne.....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero) ..... residente a ..... in via/piazza .....n..... 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 Daniela Cusimano presso lo Sportello di Ascolto.	
Luogo e data	Firma del tutore

**MODULO DI CONSENSO PER ALUNNI MAGGIORENNI E ADULTI**

***MAGGIORENNI/ADULTI***

La Sig.ra/Il Sig. .... 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 Daniela Cusimano presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma