PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MAGGIORENNI

Lo studente/La studentessa ……, nato/a a …….. il ……. della classe ……. dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi, durante gli anni in cui resterà studente dell'Istituto, delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Cristina Pucci presso lo Sportello d'ascolto.

Luogo e data **Firma**

MINORENNI

La Sig.ra ..... **madre** del/della minorenne……..……. nato/a a ..... il____/___/_____ della classe …….. 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, qualora ne senta la necessità durante gli anni in cui resterà studente dell'Istituto, accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Cristina Pucci presso lo Sportello d'ascolto.

Luogo e data **Firma della madre**

Il Sig. ..... **padre** del/della minorenne……. nato/a a ..... il____/___/_____ della classe …….. 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, qualora ne senta la necessità durante gli anni in cui resterà studente dell'Istituto, accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Cristina Pucci presso lo Sportello d'ascolto.

Luogo e data **Firma del padre**

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o a……. il____/___/_____, Tutore del minorenne.....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero) .....della classe ……. 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, qualora ne senta la necessità durante gli anni in cui resterà studente dell'Istituto, accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Cristina Pucci presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data **Firma del tutore**