

ALLEGATO 2

MINORI SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig.....

nata/o a il ___/___/_____

Tutore del minore..... che frequenta la classe

.....

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 Francesca Signorello presso lo sportello di ascolto psicologico.

Luogo e
data

Firma del
tutore
