

**ALLEGATO 1**

**In qualità di genitori del/della minore .....**

**che frequenta la classe.....**

La Sig.ra .....

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 Francesca Signorello presso lo Sportello di ascolto psicologico.

Luogo e data

Firma della madre

\_\_\_\_\_

Il Sig.....

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 Francesca Signorello presso lo sportello di ascolto psicologico.

Luogo e data

Firma del padre

\_\_\_\_\_

In allegato copia dei documenti d'identità dei firmatari