

ALLEGATO 3

In qualità di docente/personale della D.D. Monti Iblei

Il/La Sig.....

nato/a 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 possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla Dott.ssa Francesca Signorello presso lo Sportello di ascolto psicologico.

Luogo e data

Firma

In allegato copia del documento d'identità del firmatario