

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE IL RIQUADRO APPROPRIATO

MAGGIORENNI

La studentessa/ Lo studente/ Il genitore/ Il/La Docente / Il Collaboratore/La Collaboratrice..... dichiara con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla Dott.ssa Stefania Scafa.

Luogo e data

Firma

MINORENNI

La Sig.ra madre del minorenni.....
nata a il ___/___/___
e residente a
in via/piazzan.....
dichiara di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla Dott.ssa Stefania Scafa.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig.padre del minorenni.....
nato a il ___/___/___
e residente a
in via/piazzan.....
dichiara di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla Dott.ssa Stefania Scafa.

Luogo e data

Firma del padre

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig.....nata/o a.....
il ___/___/___
Tutore del minorenni.....in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante,
data numero)
.....
residente a
in via/piazzan.....
dichiara di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla Dott.ssa Stefania Scafa.

Luogo e data

Firma del tutore