**MAGGIORENNI**

L’insegnante/Il genitore/Personale Scolastico dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, condizioni sopra riportate, e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni

professionali rese dalla dott.ssa LOSASSO ROSITA presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma

**MINORENNI**

Il Sig. nato a il \_\_\_\_ / / e

residente a in via/piazza n. , genitore del minore , dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, condizioni sopra riportate, e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa LOSASSO ROSITA presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma del genitore \*

La Sig.ra nata il / / e residente a in via/piazza n. , genitore del minore , dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, condizioni sopra riportate, e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa LOSASSO ROSITA presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma del genitore \*

(\*) Nel caso di un unico sottoscrittore del presente documento, lo stesso, consapevole delle disposizioni contenute nel Decreto Legislativo 28/12/2013 n. 154 che ha apportato modifiche al Codice Civile in tema di filiazione ( in particolare Art. 316 co 1 , Art. 337 -ter co 3 , Art. 337-quater co 3), DICHIARA ai sensi del D.P.R. 445/2000 di avere condiviso e concordato con il proprio coniuge la volontà di sottoscrivere il presente documento unitamente alle dichiarazioni nel medesimo contenute nell'osservanza delle norme del Codice Civile sopra richiamate in materia di responsabilità genitoriale.

Luogo e data Firma del genitore