**Allegato Avviso n. 142/2022 SPORTELLO PSICOLOGICO - I.I.S.S G.SOLIMENE-LAVELLO**

**dott.ssa Raffaella Di Cosmo Psicologa-Psicoterapeuta**

**MAGGIORENNI (per studenti maggiorenni, insegnanti, personale scolastico o genitori che accedono al servizio)**

La studentessa/ Lo studente / La signora / Il signor ………………………………………………… dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Raffaella Di Cosmo Psicologa-Psicoterapeuta.

**Luogo e data Firma**

**MINORENNI**

La Sig.ra ............................................................. madre del/la minore……………………………………….……………………..

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 il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Raffaella Di Cosmo Psicologa-Psicoterapeuta

L**uogo e data Firma della madre**

Il Sig. ....................................................................padre del minorenne……..…………………………………………………….

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 Raffaella Di Cosmo Psicologa-Psicoterapeuta

**Luogo e data Firma del padre**

**PERSONE SOTTO TUTELA**

La Sig.ra/Il Sig............................................................................................nata/o a……………………………………………. il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Tutore del minorenne...............................................................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 Raffaella Di Cosmo Psicologa-Psicoterapeuta

**Luogo e data Firma del tutore**