



MODULO DI AUTORIZZAZIONE ALL'ACCESSO "SPAZIO ASCOLTO" DEL LICEO PRATI PER STUDENTI MINORENNI*

inviare compilato e firmato (prima dell'incontro prenotato) a spazioascolto@liceoprati.it

Il/La sottoscritto/a nato/a a

Il/...../..... e residente a

in via/piazza n.

documento di riconoscimento tipo numero

genitore del/la minore.....

presta il proprio consenso affinché il/la figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dal dott. LUCA PISONI presso lo Sportello Spazio Ascolto del Liceo Prati.

Luogo e data

Firma

.....

.....

Il/La sottoscritto/a nato/a a

Il/...../..... e residente a

in via/piazza n.

documento di riconoscimento tipo numero

genitore del/la minore.....

presta il proprio consenso affinché il figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dal dott. LUCA PISONI presso lo Sportello CIC-Spazio Ascolto.

Luogo e data

Firma

.....

.....

**il presente modulo per essere ritenuto valido e consentire l'accesso di un/a minore allo sportello di ascolto deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti.*