

Modulo A: il consenso dei genitori per prestazioni psicologiche a minorenni

Io sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente a _____ in via _____

telefono _____

identificato con il documento _____ n. _____

rilasciato da _____ il _____

Io sottoscritta _____

nata a _____ il _____

residente a _____ in via _____

telefono _____

identificato con il documento _____ n. _____

rilasciato da _____ il _____

Genitori di _____

DICHIARANO

Di accettare che la Dr.ssa RANDAZZO ANTONELLA

in qualità di psicologa, psicoterapeuta possa prendere in carico nostro/a figlio/a al fine di intraprendere:

- un sostegno psicologico

Luogo, data

Firma del padre _____

Firma della madre _____

Il modulo deve essere firmato da entrambi i genitori (in caso di impossibilità indicare il motivo).
