

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA E/O SOSTEGNO PSICOLOGICO

MINORENNI

La Sig.ra

madre del minorenni.....

nata a..... il ___/___/_____

e residente a.....

in via/piazza.....n.....

dichiara di avvalersi delle prestazioni professionali della dott.ssa Schiavo Paola iscritta all'Albo Psicologi/Psicoterapeuti n°2486

Avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali, FORNISCE IL CONSENSO al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità previste dalla normativa vigente sul trattamento dei dati personali.

Si allega copia del documento di identità.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig.

padre del minorenni.....

nato a..... il ___/___/_____

e residente a.....

in via/piazza.....n.....

dichiara di avvalersi delle prestazioni professionali della dott.ssa Schiavo Paola iscritta all'Albo Psicologi/Psicoterapeuti n°2486

Avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali, FORNISCE IL CONSENSO al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità previste dalla normativa vigente sul trattamento dei dati personali.

Si allega copia del documento di identità.

Luogo e data

Firma del padre

PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig.....

nata/o a il ___/___/_____

Tutore del... Sig.

in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)

.....

residente a

in via/piazzan.....

dichiara di avvalersi delle prestazioni professionali della dott.ssa Schiavo Paola iscritta all'Albo Psicologi/Psicoterapeuti n°2486

Avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali, FORNISCE IL CONSENSO al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità previste dalla normativa vigente sul trattamento dei dati personali.

Si allega copia del documento di identità e decreto che attesti l'affidamento.

Luogo e data

Firma del tutore