

## MINORENNI

La Sig.ra ..... madre del minorenn.....  
nata 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 avvalersi delle prestazioni professionali del/della Dott./Dott.ssa ..... come  
sopra descritte.

Avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali,

FORNISCE IL CONSENSO       NON FORNISCE IL CONSENSO

al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente  
informativa.

Luogo e data

Firma della madre

Il Sig. .... padre del minorenn.....  
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 avvalersi delle prestazioni professionali del/della Dott./Dott.ssa .....  
come sopra descritte.

Avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali,

FORNISCE IL CONSENSO       NON FORNISCE IL CONSENSO

al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente  
informativa.

Luogo e data

Firma del padre

## PERSONE SOTTO TUTELA

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

Tutore del minorenn.....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 dal... dott.  
.....presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma del tutore