

**INFORMATIVA MINORENNI**

La Sig.ra ..... madre del  
minorenne.....

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 prestare il proprio consenso affinché il figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Alessia Bocchi presso lo Sportello di ascolto.

Luogo 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/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Alessia Bocchi presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del padre