

**PERSONE SOTTO TUTELA**

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

Tutore del minore.....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 dalla dott.ssa Alessia Bocchi presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore