

Oggetto:

Modulo per consenso informato per prestazioni psicologiche a minorenni

Io sottoscritto/a.....

nato a..... il.....

identificato mediante documento: n°.....

rilasciato da il.....

tutore del minore.....

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

.....
.....

sottoscrivo il consenso per le prestazioni professionali (indicare eventualmente quali)

della Psicoterapeuta Dott.ssa Katia Calceglia

rivolte a.....

Data

Firme

Oggetto:

Modulo per consenso informato per prestazioni psicologiche a minorenni

Io sottoscritto.....

nato a..... il.....

identificato mediante documento: n°.....

rilasciato da il.....

padre del minore.....

e io sottoscritta.....

nata a..... il.....

identificata mediante documento: n°.....

rilasciato da il.....

madre del minore.....

in virtù della potestà genitoriale, diamo il consenso a che nostro/a figlio/a usufruisca delle prestazioni professionali (indicare eventualmente quali)

della Psicoterapeuta dott.ssa Katia Calceglia

Data

Firme