

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA E/O SOSTEGNO PSICOLOGICO

MINORENNI

La Sig.ra

madre del minorene.....

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

e residente a.....

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

dichiara di avvalersi delle prestazioni professionali della dott.ssa Paola Schiavo iscritta al n. 2486 dell'ordine Psicologi della Campania.

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 minorene.....

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

e residente a.....

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

dichiara di avvalersi delle prestazioni professionali della dott.ssa Paola Schiavo iscritta al n. 2486 dell'ordine Psicologi della Campania.

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 Paola Schiavo iscritta al n. 2486 dell'ordine Psicologi della Campania.

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