

## CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA E/O SOSTEGNO PSICOLOGICO

### **MINORENNI**

La Sig.ra .....

madre del minorenne.....

nata a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

e residente a.....

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

dichiara di avvalersi delle prestazioni professionali della dott.ssa D'Ambrosio Gabriella iscritta all'Albo Psicologi/Psicoterapeuti n°3840

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 minorenne.....

nato a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

e residente a.....

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

dichiara di avvalersi delle prestazioni professionali della dott.ssa D'Ambrosio Gabriella iscritta all'Albo Psicologi/Psicoterapeuti n°3840

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/piazza .....n.....

dichiara di avvalersi delle prestazioni professionali della dott.ssa D’Ambrosio Gabriella iscritta all’Albo Psicologi/Psicoterapeuti n°3840

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