

CONSENSO INFORMATO

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

esprimiamo il nostro consenso a che nostro/a figlio/a

usufruisca delle prestazioni professionali, elencate

nell'allegato, dello psicologo Dr.

.....

Data.....

Firma_____

Firma_____