

## 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 dello psicologa

Dott.ssa Laura Spadaro

Data.....

Firma \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_