

Autorizzazione per minori sotto tutela

La Sig.ra/Il Sig. _____ nata/o a _____

il ___/___/___ **Tutore del minorenne** _____

in ragione del seguente provvedimento:

tipo provvedimento: _____

autorità emanante: _____

data provvedimento: _____

numero provvedimento: _____

e residente a _____

indirizzo _____ n. _____

dichiaro di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decido con piena consapevolezza di prestare il mio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dal dott. GIULIO TIRINELLI presso lo Spazio di ascolto.

Luogo e data

Firma del tutore
