

## **Autorizzazione per i MINORENNI**

Io sottoscritta..... **MADRE** del/la minorenn.....  
nata a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
e residente a .....  
indirizzo.....n.....

dichiaro di aver compreso quanto illustrato dal professionista qui sopra riportato e avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali decido con piena consapevolezza di prestare il mio consenso affinché mio figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dal dott. GIULIO TIRINELLI presso lo Spazio di ascolto

**FORNISCO IL CONSENSO**  **NON FORNISCO IL CONSENSO**

al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

**Luogo e data**

**Firma della madre**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Io sottoscritto ..... **PADRE** del minorenn.....  
nato a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
e residente a .....  
indirizzo .....n.....

dichiaro di aver compreso quanto illustrato dal professionista qui sopra riportato e avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali decido con piena consapevolezza di prestare il mio consenso affinché mio figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dal dott. GIULIO TIRINELLI presso lo Spazio di ascolto

**FORNISCO IL CONSENSO**  **NON FORNISCO IL CONSENSO**

al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nella presente informativa.

**Luogo e data**

**Firma del padre**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_