

Consenso informato per l'accesso di persona adulta allo Sportello di Ascolto Psicologico

a.s. 2020/2021

Il/la sottoscritto/a

nato/a il

residente in

alla via n°

telefono

codice fiscale

dichiara di aver compreso quanto illustrato nella nota informativa e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Aida Rizzo presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data

Firma