



CNOS-FAP
SALESIANIDONBOSCO
EMILIA ROMAGNA
—
SEDE FORLÌ

CNOS/FAP Emilia Romagna – Sede di Forlì
- Via Episcopio Vecchio, 9 - 47121 Forlì- Tel. 0543/26040

GENTORI

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 _____

in virtù della responsabilità genitoriale, diamo il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, ai sensi degli art. 13 e 14 del Reg. UE n. 679/2016, di nostro/a figlio/a e acconsentiamo che lo/a stesso/a usufruisca delle prestazioni professionali di consulenza e prevenzione previste dal progetto “Sportello d’ascolto”, curato dallo psicologo Dr. Denis Ceccarelli.

Data _____

FIRMA

Padre

FIRMA

Madre

CNOS/FAP Emilia Romagna – Sede di Forlì
- Via Episcopio Vecchio, 9 - 47121 Forlì- Tel. 0543/26040

TUTORE

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Identificato/a mediante documento: _____ n° _____

rilasciato da _____ il _____

tutore del minore _____

in ragione di (provvedimento, Autorità emanante, data, numero) _____

sottoscrivo il consenso per il trattamento dei dati personali e sensibili, ai sensi degli art. 13 e 14 del Reg. UE n. 679/2016,, del minore e acconsento che lo stesso usufruisca delle prestazioni professionali di consulenza e prevenzione previste dal progetto “Sportello d’ascolto”, curato dallo psicologo Dr. Denis Ceccarelli.

Data _____

FIRMA

CNOS/FAP Emilia Romagna – Sede di Forlì
- Via Episcopo Vecchio, 9 - 47121 Forlì- Tel. 0543/26040

Autocertificazione di genitore unico esercente responsabilità genitoriale:

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

identificato mediante documento: _____ n° _____

rilasciato da _____ il _____

padre/madre del minore _____

dichiaro di essere l'unico/a esercente la patria potestà per il seguente motivo

(in caso di provvedimento giuridico, mettere i riferimenti al numero del provvedimento, all'autorità emanante e alla data di emissione)

in virtù della responsabilità genitoriale, do il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, ai sensi degli art. 13 e 14 del Reg. UE n. 679/2016, di mio/a figlio/a e acconsento che lo/a stesso/a usufruisca delle prestazioni professionali di consulenza e prevenzione previste dal progetto "Sportello d'ascolto", curato dallo psicologo Dr. Denis Ceccarelli.

Data _____

FIRMA

copia per la segreteria e/o il professionista