# PER LA RICHIESTA DI APPUNTAMENTO COMPILARE IL MODULO APPROPRIATO

**E INVIARLO VIA MAIL ALLA DOTT.SSA FLAVIA MARIA MARGARITELLI AL SEGUENTE INDIRIZZO:**

fmargaritelli.1969@iccivitellasanpaolo.edu.it

**Modulo 1 ADULTI (Genitore o Docente) *per richiedere un appuntamento per se stessi***

**ADULTI**

Il sig/ra (SCRIVERE IN STAMPATELLO) ……………………………………………………………………………………………

dichiara di aver compreso quanto indicato nel servizio Sportello Scolastico svolto dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott. ssa Flavia Maria Margaritelli presso lo Sportello di ascolto.

Il sottoscritto/a richiede pertanto appuntamento e invia contestualmente tale dichiarazione firmata tramite mail.

Luogo e data …………………………………………..

Firma ……………………………………………………………………

Recapito telefonico per eventuali necessità comunicative: …………………………………………………………..

**Modulo 2 Alunni- Minorenni**

***per dare il consenso se il figlio/a vuole richiedere appuntamento***

## Alunni MINORENNI

La Sig.ra (SCRIVERE IN STAMPATELLO) ..............................................................................................

madre del minorenne ……………………………………………………….……………………………………………………………

nata a il / /

e residente a …………………..…………......................................................................................................

in via/piazza ………...…………………………...................................................................................n.….…….

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Flavia Maria Margaritelli presso lo Sportello di ascolto.

Si autorizza il figlio/a a richiedere appuntamento per lo Sportello di ascolto e si invia contestualmente tale dichiarazione firmata alla dott.ssa Flavia Maria Margaritelli tramite mail.

Luogo e data ……………………………………. Firma della madre …………………………………………………………….

Recapito Telefonico per eventuali necessità comunicative:

………………………………………………………………………………..

# ---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Il Sig. (SCRIVERE IN STAMPATELLO)....................................................................................................

padre del minorenne……………………………………………………………………………………………………………….......

nato a il / /

e residente a

…………………..………….............................................................................................................................

in via/piazza ………...…………………………....................................................................................n.…….....

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Flavia Maria Margaritelli presso lo Sportello di ascolto.

Si autorizza il figlio/a a richiedere appuntamento per lo Sportello di ascolto e si invia, contestualmente, tale dichiarazione firmata alla dott.ssa Flavia Maria Margaritelli tramite mail .

Luogo e data …………………………………………Firma del padre………………………………………………………………

Recapito telefonico per eventuali necessità comunicative:

………………………………………………………………………………..

**Modulo 3 Persone sotto tutela - *per dare il consenso se Tutore del minore***

## PERSONE SOTTO TUTELA

La Sig.ra/Il Sig (SCRIVERE IN STAMPATELLO).......................................................................................

nata/o a il / /

Tutore del minorenne (nome del minorenne) ..................................................................................

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

.............................................................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………... residente a …………………..………….........................................................................................................

in via/piazza ………...…………………………...................................................................................n.………..

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Flavia Maria Margaritelli presso lo Sportello di ascolto.

Si richiede pertanto appuntamento e si invia contestualmente tale dichiarazione firmata alla dott.ssa Flavia Maria tramite mail.

Luogo e data ………………………………… Firma del tutore……………………………………………………………………

Recapito telefonico per eventuali necessità comunicative:

…………………………………………………………………………………