

Consenso informato per accesso al servizio SpazioXTe – Punto di Ascolto per Giovani (anno 2025/26)

La sottoscritta.....nata ail.....
residente ain via/Piazza.....
Codice Fiscale:
(allegare fotocopia documento di identità)

e

Il sottoscritto.....nato ail.....
residente a in via/Piazza.....
Codice Fiscale:
(allegare fotocopia documento di identità)

in qualità di genitori del/della minore _____,
dichiarano di esprimere il proprio consenso affinché _____ (nome e cognome
del figlio/a)

Codice Fiscale:
usufruisca del servizio di ascolto psicologico **SpazioXTe – Punto di Ascolto per Giovani**, presso lo
Spazio Giovani di Castelnovo di Sotto, in via Sant'Andrea, 15.

Il servizio, promosso da **Unione Terra di mezzo e Amministrazione comunale di Castelnovo di Sotto**, è **gratuito** e affidato alla **Cooperativa Sociale Progetto Crescere di Reggio Emilia** che mette a disposizione psicologi di comprovata esperienza professionale.

I colloqui e le consulenze sono vincolati dal **segreto professionale**, come previsto dal Codice Deontologico degli psicologi.

Letto, confermato e sottoscritto

Castelnovo di Sotto,

Firma dei dichiaranti

.....

.....