



Direzione Sanitaria Aziendale
U.O. Educazione e Promozione
della Salute Aziendale

Telefono/fax 0932.234828
vincenzo.trapani@asp.rg.it

DATA

PROT. /UOESA

MODULO AUTORIZZAZIONE PRESTAZIONI MINORI

Il/la sottoscritta.....
Nata/o il.....a.....(prov.....)
Residente a Via /Piazzan.....CAP.....
Tel..... Mail.....
Documento di identitàn.....
Rilasciato da.....il.....
In qualità di.....

CHIEDE

Che il /la minore.....
Nata/o il.....a.....(prov.....)
Residente a Via /Piazzan.....CAP.....
Svolga un colloquio psico/pedagogico a cura della Dott.ssa Daniela
Bocchieri , dirigente Sanitario Pedagogista dell'U.O.E.P.S.A ed autorizza la
STESSA al trattamento dei propri dati personali ai sensi dell' Art.23 D.L.
196/2003 (in materia di Privacy)

Data.....

Firma.....