

## **ATTO DI CONSENSO**

**DEGLI ESERCENTI LA POTESTA' PER LA SEGNALAZIONE**

**ALL'AZIENDA ASL DISTRETTO SANITARIO N° 59 di**

**ACCADIA – Consultorio familiare di ACCADIA**

Il/la sottoscritto/a .....

In qualità di (**relazione di parentela**) .....

Del minore .....

Nato/a a .....

Residente a .....in Via .....

Frequentante la scuola .....classe.....

Telefono genitori :.....

### **ACCONSENTE**

**A che la scuola avvii la procedura di segnalazione per il/la proprio/a figlio/a ai servizi  
socio-sanitari competenti dall'azienda ASL DISTRETTO SANITARIO N° 59 DI  
ACCADIA – Consultorio familiare di ACCADIA**

....., .....

**FIRMA.....**

**FIRMA.....**