



Autorizzazione all'uscita autonoma

del/la minore dallo studio dopo le sedute

— ESERCENTI LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE

Il/La sottoscritto/a

Il/La sottoscritto/a

— AUTORIZZANO

Il/la figlio/a

ad uscire autonomamente dallo studio della **dott.ssa Pamela Dovigo**, ubicato in **Via Brigata Sassari nr 2 a Pordenone**, dopo le sedute.

Solleviamo la dott.ssa Pamela Dovigo e la dott.ssa / il dott. indicato/a di seguito da ogni responsabilità derivante da questa nostra scelta:

Co-terapeuta / collaboratore/trice (se presente)

DATA

FIRMA ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE

FIRMA ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE