**ALLEGATO 2**

***MINORI SOTTO TUTELA***

La Sig.ra/Il Sig............................................................................................

nata/o a...............................................il / /

Tutore del minorenne.................................................................................... che frequenta la classe

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

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 partecipare allo screening logopedico che sarà proposto a tutta la classe rese dal Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per il Progetto logopedico “Nulla dies sine verbum”.

Luogo e Firma del

data

tutore