

AUTORIZAÇÃO PARA ATENDIMENTO DE ORIENTAÇÃO PSICOLÓGICA ONLINE PARA MENORES DE 18 ANOS

Eu, _____,
portador(a) do RG. n°. _____ CPF n°. _____,
domiciliado(a) em _____ estado _____,
afirmo que sou responsável legal pelo(a) menor: _____,
portador do RG. n°. _____ nascido em: ____/____/____.

Declaro estar ciente das regras e normas registradas no site www.psicologafabianabarboza.com.br sobre a Orientação Psicológica via Internet, concordo e autorizo a participação do menor acima a realizar as sessões acordadas entre mim e a psicóloga Fabiana Barboza Silva Nunes (CRP 05/39149), devidamente inscrita no Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura

Instruções de Envio

Enviar este documento assinado via e-mail (digitalizado) para fabianabarbozapsi@hotmail.com, juntamente com cópia do RG do responsável legal. O envio por e-mail de seu endereço eletrônico vale como prova legal de sua aceitação.