

AUTORIZAÇÃO PARA ATENDIMENTO PSICOLÓGICO "ONLINE" DE ADOLESCENTES

atendimento.renascendodoluto.com.br

_____, ____ de _____ de _____

Cidade, dia, mês e ano vigente

Eu, _____, portador da carteira de identidade nº _____,

CPF-nº _____, residente à rua _____, nº _____,

bairro _____, cidade _____, estado _____ e CEP _____.

Na qualidade de (pai / mãe / tutor legal) autorizo o meu filho(a) (ou tutelado) _____,

nascido na data _____, na cidade _____, estado _____, a receber o atendimento "on-line" com a Psicóloga do site Atendimento Renascendo do Luto, cujo o qual a Sra. Grace Batıcıoto Benato, inscrita sob o nº de CRP 06/115185 é responsável técnica.

Para tanto, devo disponibilizar para o meu filho(a) (ou tutelado), um computador conectado à rede mundial (web) com boa conexão. Além de aceitar e providenciar total privacidade e respeito ao sigilo profissional das sessões marcadas com hora e local pré- definidos.

Assino abaixo com firma reconhecida em cartório, e dou fé nesta autorização, que será digitalizada e enviada para o e-mail contato@renascendodoluto.com.br

Atenciosamente,

Assinatura do responsável