

**AUTORIZACIÓN PARA CONTINUAR TRATAMIENTO PSICOLÓGICO**

**BAJO LA MODALIDAD DE ASISTENCIA ON LINE**

Por la presente doy mi consentimiento para continuar tratamiento psicológico con el/la profesional .....M.P. .... a través de medios tecnológicos a distancia “online”. Manifiesto además conocer las normas de funcionamiento del mismo, las que me fueron provistas por el/la profesional. Se remite la presente autorización, desde mi correo electrónico: ..... en un solo tenor y a los fines expresados.

AUTORIZO (Marque con una cruz X):

SI:	<input type="checkbox"/>
NO:	<input type="checkbox"/>

Firma, aclaración y DNI:

Firma, Aclaración y DNI del

Padre/Madre/Responsable .....

Firma, Aclaración y DNI del

Padre/Madre/Responsable .....

Lugar y fecha....., ...../...../.....