

AUTORIZACIÓN PARA CONTINUAR TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

BAJO LA MODALIDAD DE ASISTENCIA ON LINE

Por la presente doy mi consentimiento para que la/el menor en mi carácter de (vínculo) y D.N.I., continúe tratamiento psicológico con el/la profesionalM.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:	☐
NO:	☐

Firma, Aclaración y DNI del

Padre/Madre/Responsable

Firma, Aclaración y DNI del

Padre/Madre/Responsable

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