

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente,,
(nome completo), documento de identidade
nº....., declara o conhecimento e a
concordância de que seus atendimentos realizados pelo
Psicólogo(a)....., CRP
nº....., serão posteriormente supervisionados por profissionais indicados
pela comissão organizadora da I Jornada Mineira de Psicologia Baseada em Evidências,
devidamente registrados no Conselho Regional de Psicologia -4ª. Região e com ampla
experiência. O consentimento poderá ser retirado a qualquer momento e as informações
serão mantidas sob sigilo de acordo com as normas éticas profissionais.

..... de..... de

Assinatura do paciente