

Autorização

Nome: _____

Sexo: _____ Estado Civil: _____ Cor: _____ Idade: _____

Ocupação: _____

Filiação: _____

Residência: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

End. Comercial: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Tel. Residência: _____ Tel. Trabalho: _____

Nome de um parente ou amigo: _____ Telefone: _____

Início do tratamento: _____ / _____ / _____ Término do tratamento: _____ / _____ / _____

Autorização para atendimento no Serviço-Escola de Psicologia

Por este instrumento de autorização por mim assinado, dou pleno consentimento à Universidade de Vassouras, através da Clínica de Psicologia, por intermédio de seus professores, assistentes e alunos devidamente autorizados, de realizar atendimento psicológico em minha pessoa ou em meu dependente, de acordo com os conhecimentos enquadrados no campo dessa especialidade.

Tenho pleno conhecimento que os atendimentos realizados pela Clínica de Psicologia, têm como principal objetivo a instrução e demonstração para estudantes profissionais de Psicologia.

Concordo pois, com toda orientação seguida para fins didáticos, inclusive com a gravação em vídeo, audio ou ainda a observação direta das entrevistas pelo supervisor e estagiários, devidamente qualificados.

Concordo também que as informações concernentes a este atendimento, constituem propriedade exclusiva desta Universidade, à qual dou plenos direitos de retenção, uso de quaisquer fins de ensino e de divulgação científica, respeitando o respectivo código de ética.

Este termo de consentimento se compromete a resguardar o anonimato e respeitar o sigilo da utilização de qualquer material do paciente para estudo e pesquisa.

Declaro estar ciente que, de acordo com o regulamento interno desta Instituição, não é permitido ter mais do que duas (2) faltas sem justificativas. A não regularidade no comparecimento das sessões acarretará no meu desligamento do programa de atendimento.

Vassouras, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Paciente

Assinatura do Pai ou Responsável
(Menores de 18 anos)