

AUTORIZAÇÃO PARA ATENDIMENTO PSICOTERAPÊUTICO DE MENORES

Nome do(a) menor: _____

Data de nascimento: _____

Nome do(a) pai/mãe ou responsável legal: _____

Relação com o(a) menor: _____

Declaração

Eu, abaixo assinado(a), autorizo a psicoterapeuta Marcela Bonturi (membro da Psychological Society of Ireland nº M10859, registo CRO nº 674106) a realizar sessões de psicoterapia com o(a) menor acima identificado(a).

Declaro que:

Compreendo que a psicoterapia visa oferecer apoio emocional e psicológico, em ambiente seguro e confidencial, de acordo com as normas éticas e legais vigentes na Irlanda.

Estou ciente de que as informações partilhadas em sessão são confidenciais, exceto nos casos em que haja risco grave para a integridade do(a) menor ou de terceiros, situações em que a terapeuta poderá partilhar informações com as autoridades competentes, em cumprimento da lei.

Autorizo o tratamento dos dados pessoais do(a) menor e dos meus próprios dados de contacto, nos termos do Regulamento Geral de Proteção de Dados (GDPR) e do Data Protection Act 2018, exclusivamente para fins de acompanhamento terapêutico.

Estou informado(a) sobre a política de cancelamento: sessões não comparecidas ou canceladas com menos de 24h de antecedência implicam perda integral do valor pago, sem direito a reembolso.

Confirmo que esta autorização se mantém válida enquanto durar o acompanhamento psicoterapêutico, podendo ser revogada a qualquer momento, mediante comunicação escrita.

Local e Data: _____

Assinatura do(a) pai/mãe ou responsável legal: _____

Contacto (telefone/email): _____

☎ +353 87 161 0129
Malahide, Dublin, Ireland
contact@marcelabonturi.com

marcelabonturi.com