



**Consentimento informado para menor
em situação de aconselhamento ou terapia**

Identificação do responsável parental ou representante legal do menor

(Nome Completo) _____, documento de identificação
número _____, residente em

_____,
Telefone/telemóvel numero _____, (indicar
relação parental ou representação legal) _____ do(a)
menor (nome) _____,
documento de identificação numero _____, Residente em

_____,
declara que autoriza o menor acima identificado a realizar sessões de psicologia
clinica online com profissional habilitado, registado na plataforma MindFirst.

Para esse efeito, declara que leu e concorda com os termos gerais do
consentimento informado constantes na plataforma MindFirst, pelo que envia a
presente declaração, datada e assinada para o endereço geral@mindfirst.pt.

(Data) _____

O declarante
