

Fecha:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ con DNI _____, autorizo como madre/padre o representante legal de _____ con DNI _____ que participe voluntariamente de un proceso de consejería con el psicoterapeuta **Luis Salhuana** con DNI **43259189** durante cuatro sesiones a cargo de la organización **It Gets Better Perú**.
Adjuntar ficha debidamente llenada y copia de DNI del paciente menor de edad y apoderado legal al siguiente correo: consejeria@itgetsbetterperu.org

Declaro bajo juramento que toda información proporcionada a **It Gets Better Perú** es veráz y de demostrarse lo contrario se dará por suspendido el proceso de consejería.

NOMBRE:

DNI:

IT GETS BETTER PERÚ