



CONSILIUL LOCAL AL MUNICIPIULUI ORȘOVA
JUDEȚUL MEHEDINȚI
DIRECȚIA DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ
str. Porțile de Fier, nr. 32, loc. Orșova, cod 225200
E-mail- spas_orsova@yahoo.com
TEL./FAX 0252-360663
Tel. 0252-362449
Nr. din

Acord de consimțământ al părinților pentru serviciile psihologice

Subsemnatul/a....., în calitate de
părinte/tutore al minorului/ei, legitimată prin B.I./C.I., seria.....
nr....., CNP....., eliberat de
cu domiciliul înstr.....nr.....bl.
.....sc.....ap.....telefon.....îmi exprim acordul ca fiul
meu/fiica mea să participe la activitățile de evaluare și consiliere psihologică derulate de către
psihologul din cadrul Direcției de Asistență Socială Orșova.

Activitățile de evaluare și consiliere psihologică presupun completarea unor
instrumente de evaluare psihologică și participarea la ședințele de consiliere psihologică, în
cadrul cărora se folosesc diferite tehnici și metode specifice activității de consiliere
psihologică.

Declar pe propria răspundere că am luat la cunoștință scopurile, durata, procedurile
realizate, riscurile, beneficiile și limitele confidențialității serviciilor psihologice.

Am citit, am înțeles pe deplin, am acceptat.

Data

Semnătura