
CONSENTIMIENTO INFORMADO

APPLE NETWORK

D. / Dña. _____,
mayor de edad, con DNI _____ y domicilio en

en condición de padre/madre o tutor/a legal del/la menor de edad
_____.

MANIFIESTA QUE

1. Consiente la participación/colaboración del/la menor arriba referido/a en el proceso de evaluación psicológica llevado a cabo por D./Dña. _____ psicólogo/a colegiado/a número _____.
2. Es conocedor/a de que las presentes actuaciones se derivan del procedimiento legal en curso y que, como tal, el informe pericial psicológico/a podrá ser aportado al mismo a los efectos que el Juzgado responsable considere oportunos. En caso de producirse las condiciones descritas, el/la profesional procurará mantener la confidencialidad respecto a la información obtenida durante el proceso de evaluación psicológica que no esté relacionada, directa o indirectamente, con los propósitos legales de la intervención. En consecuencia, el secreto profesional está condicionado por los requerimientos legales.
3. Ha sido informado/a de que los datos aportados o derivados de la presente evaluación pericial psicológica están sujetos a secreto profesional y que, por lo tanto, al margen del ámbito judicial, no podrán ser divulgados sin consentimiento expreso.
4. Ha sido informado/a de que el/la psicólogo/psicóloga está obligado/a a revelar ante las instancias oportunas información confidencial en aquellas situaciones que pudieran representar un riesgo muy grave para el/la menor referido con anterioridad o terceras personas.

5. Es conocedor/a de que el proceso de evaluación tiene una duración y una temporalización de las sesiones variable según el objeto de la pericial psicológica y las circunstancias que puedan afectar al proceso de evaluación. Los honorarios por cada una de estas sesiones serán de _____ euros que serán abonados al comienzo de cada sesión. En el caso de no ser posible la asistencia a alguna de las sesiones programadas, deberá comunicarse con, al menos, 24 horas de antelación. En caso contrario, y a excepción de enfermedades imprevistas o accidentes, deberé responsabilizarme económicamente de la sesión perdida debiendo abonar los honorarios acordados al inicio de la próxima sesión.

6. Acepto que, como padre/madre o tutor/a legal, seré informado/a de los aspectos relacionados con el proceso de evaluación psicológica.

En _____ a _____ de _____ de 20 _____