**MODEL DE CONSENTIMENT INFORMAT PER AL TRACTAMENT DE MENORS D’EDAT**

Els/les signants declaren que han rebut informació detallada relativa a la intervenció psicològica a la qual es sotmetrà el/la menor …………………………………, per part del /la psicòleg/òloga ......................................., ique consistirà en (*descriure\**……………….................................…….), així com sobre la seva durada i els objectius que es pretenen aconseguir, sense que, en principi, existeixin conseqüències adverses derivades de la mateixa *(en cas d’existir possibles conseqüències adverses caldria descriure-les, encara que és poc habitual en l’àmbit de la psicologia\*).* Tanmateix, declaren que han pogut demanar aclariments i/o resoldre els dubtes que han pogut sorgir al rebre la informació abans esmentada.

S’autoritza el tractament per part dels/les progenitors/es o tutor/s legals del/la menor d’edat.

**Signatura progenitors o tutors legals**

**Signatura del menor en cas de tenir més de 16 anys.**

*\*Eliminar explicacions en vermell del document definitiu.*