ATENDIMENTO PSICOLÓGICO
CICLO __
TERMO DE CIÊNCIA

Nome:

N. USP:

E-mail:

Telefone:

Eu,

_____,

_____ (estudante de graduação/ pós-graduação/funcionário(a)) da Faculdade de Direito de Ribeirão Preto (FDRP) da Universidade de São Paulo, estou ciente de que o atendimento psicológico do Programa de Saúde Mental e Bem Estar da FDRP tem duração de até 16 sessões, de acordo com a avaliação profissional, sendo as sessões semanais. Também tenho ciência de que, caso não possa comparecer a uma sessão agendada, devo avisar a(o) psicólogo(a) responsável com, no mínimo, 4 horas de antecedência. Caso contrário, a sessão será considerada realizada. Se a falta for avisada com até 4 horas de antecedência, a sessão deverá ser reposta na mesma semana ou até, no máximo, na semana seguinte, salvo exceções. Estou também ciente de que caso não informe da ausência por 2 sessões, consecutivas ou não, serei desligado (a) do programa.

Ribeirão Preto, __ de _____de 20__.

_____

Assinatura do estudante/funcionário(a)