Pedido de Autorização para observação da interação entre irmãos

Eu, Profa Dr. Patrícia Ferreira Monticelli do departamento Psicologia da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP), venho por este meio solicitar a vossa autorização para observação da interação entre seus filhos, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, durante um momento de participação em um jogo que será conduzido pelos estagiários da 55° turma do curso de Psicologia da FFCLRP-USP. Tal atividade faz parte da disciplina Estágio Básico em Observação, que está sob minha supervisão. No âmbito deste pedido, garante-se a total manutenção da privacidade e confidencialidade dos dados relativos às crianças e sua família, não sendo utilizados quaisquer dados que possam conduzir à sua identificação. Demais se informa que este registo será única e exclusivamente utilizado para a formação dos estagiários da 55° turma do curso de psicologia no decurso de reuniões de acompanhamento e estágios realizados na FFCLRP-USP. Com as mais cordiais saudações.

Ribeirão Preto, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Profa Dr. Patrícia Ferreira Monticelli Assinatura do Responsável

CPF: CPF:

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, encarregado da Educação de(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, li e compreendi este documento.

( )Autorizo a recolha de fotos/vídeos

( ) Não autorizo a recolha de fotos/vídeos

Assinatura do Encarregado de Educação

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data do preenchimento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_.