

## TERMO DE CONSENTIMENTO EXPRESSO

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do documento de  
Identidade \_\_\_\_\_, responsável pelo(a) estudante  
\_\_\_\_\_, curso \_\_\_\_\_,  
matrícula \_\_\_\_\_ *campus* \_\_\_\_\_, autorizo sua  
participação nas Rodas de Conversa Virtuais dos/das estudantes com as/os psicólogas/os do IF  
Sudeste MG, enquanto durar a suspensão das atividades acadêmicas presenciais.

As atividades realizadas atenderão aos preceitos éticos preconizados pelas Resoluções do Conselho  
Federal de Psicologia (CFP 11/2018 e CFP 04/2020) que instruem sobre os atendimentos psicológicos  
online.

---

Assinatura do(a) responsável

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020