

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENORES

D./Dña _____

mayor de edad, con domicilio en _____ C/ _____

DP _____ con NIF _____, padre del/la menor _____

Y D./Dña _____

mayor de edad, con domicilio en _____ C/ _____

DP _____ con NIF _____, madre del/la citado/a menor,

MANIFIESTAN

Que consienten la participación/colaboración de la **evaluación pericial psicológica** de su hijo/hija de _____ años de edad, llevada a cabo por D./ Dña _____, que cumple funciones como perito psicólogo y que responde a la demanda de _____, con el objetivo de _____

Que han sido informados de que la información aportada al perito psicólogo durante el proceso judicial no está sujeta a secreto profesional y que, por lo tanto, puede ser hecha pública en el informe resultante así como en la ratificación del mismo ante el Juzgado correspondiente o en la propia vista oral.

Que estamos informados de que la participación de mi hijo/hija menor consiste en asistir a las entrevistas programadas y en que se le apliquen cuantas pruebas psicológicas se consideren pertinentes.

En el caso de que se estime necesario, consentimos/no consentimos en que se registre la exploración mediante medios audio-visuales.

En _____, a _____ de _____ de 200__

Firma del padre

Firma de la madre

Firma del psicólogo

Nombre:

Nombre:

Nombre:
Colegiado nº