

## Declaração de Autorização do/da representante legal

### Serviço de Psicologia e Orientação (SPO) Ano Letivo 2024/2025

#### Consentimento para Intervenção Psicológica

Eu, \_\_\_\_\_ Encarregado/a de Educação do/a aluno/a \_\_\_\_\_, do \_\_\_\_ ano do curso \_\_\_\_\_, **autorizo** que o/a meu/minha educando/a seja avaliado/a pelo Serviço de Psicologia e Orientação da Escola Profissional de Agricultura e Desenvolvimento Rural de Marco de Canaveses (EPAMAC).

A avaliação psicológica poderá, caso se justifique, dar lugar ao seguimento do/a aluno/a acima mencionado(a) em sessões de acompanhamento psicológico.

Marco de Canaveses, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Tive conhecimento e autorizo,

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do(a) Encarregado(a) de Educação)

A Psicóloga,  
\_\_\_\_\_