

ATTESTAZIONE DEL PROFESSIONISTA

PSICOLOGO/PSICOTERAPEUTA

PER IL TRATTAMENTO PSICOLOGICO

IN FAVORE DEI PROFESSIONISTI TITOLARI DI COPERTURA

Con la presente,

la/il Dott.ssa/Dott. Nome _____ Cognome _____

Codice fiscale _____ Psicologa/o – Psicoterapeuta con iscrizione

n. _____ all'albo degli Psicologi della Regione _____,

dichiara che

la Sig.ra/il Sig. Nome _____ Cognome _____

Codice fiscale _____, ha attivato un percorso di consulenza psicologica

a far data da _____ in merito alla seguente area:

- Supporto relativo all'ambito lavorativo
- Disturbi, Dipendenze, Disfunzioni sessuali, Traumi
- Sostegno relativo a momenti di criticità della vita
- Sostegno alla genitorialità
- Problematiche familiari e di coppia

Si rilascia la presente attestazione ai sensi di legge.

Data ____/____/____

Timbro e Firma _____