**DECLARAÇÃO PSICOLÓGICA**

Declaro para fins de comprovação que (nome do cliente) está sendo submetida(o) a acompanhamento psicológico, sob meus cuidados profissionais, comparecendo às sessões (especificar os dias da semana, horários), no endereço (descrever o endereço do local de atendimento). Até o presente momento sem data de previsão para o término do acompanhamento. (ou especificar a data prevista para término do acompanhamento).

Cidade, estado, mês, ano.

Data

Carimbo com nome completo e CRP

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (assinatura)