

AUTORIZACIÓN VISITA DOMICILIARIA

Fecha: 24/06/2023

Ciudad: Bogotá D.C.

Yo, Sebastian Bejarano Zarate

Identificado/a con CC. N° 1000575069 expedida en la Ciudad de Bogotá D.C.

Declaro que conozco y comprendo el objetivo de la valoración socio familiar que se me efectuará, y autorizo a **PSICOL S.A.S**, para que realice la entrevista *on line* en mi domicilio y recoja la información que se requiera sobre mi familia y mi entorno familiar.

Entendiendo que, debido a la contingencia actual de salud pública en nuestro país, la entrevista se llevará a cabo por medio de una de las plataformas tecnológicas de PSICOL, la cual cumple criterios de seguridad y que, en las medidas de mis posibilidades, contaré con un equipo tecnológico que tenga cámara y micrófono disponibles para dicha actividad.

Cordialmente,

Sebastian

Firma

Nombre completo: Sebastian Bejarano Zarate
C.C. 1000575069



Huella

Firma del especialista responsable:

Nombre:

Tarjeta profesional y Licencia en salud ocupacional: