**CONSENTIMIENTO**

**PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO SOCIAL**

**SUNARP TE ACOMPAÑA: UN TIEMPO PARA DIALOGAR Y CRECER**

Yo,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con DNI N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, trabajador(a) de la Sede Central/Zona Registral)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en la (Oficina/Unidad Orgánica)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro haber recibido información de parte la institución sobre el Programa de Acompañamiento Social: **“Sunarp te acompaña”.** Asimismo, manifiesto mi consentimiento de ser contactado por alguno de los psicólogos del programa para tener Sesiones Virtuales Individuales, según lo horarios y canales de comunicación manifestados en mi Ficha de Inscripción.~~.~~

Lima, \_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202\_\_

Firma: