

## PACCHETTO FAMIGLIA CADIPROF

### ATTESTAZIONE DEL PROFESSIONISTA PER IL TRATTAMENTO PSICOLOGICO

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

in merito alla seguente area:

- Supporto relativo all'ambito lavorativo**
- Sostegno alla genitorialità**
- Sostegno relativo a momenti di criticità della vita**
- Supporto psicologico e riabilitazione per i Disturbi dell'apprendimento e del neurosviluppo (trattamento rivolto al figlio/a di età inferiore ai 18 anni)**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_