**PAIS / CIUDAD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**MUNICIPIO / CIUDAD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ATENCIÓN PRESENCIAL:**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado con cédula de ciudadanía número: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ manifiesto que se me ha explicado la naturaleza y propósito de la **Estrategia de atención psicosocial individual (medida de rehabilitación psicosocial),** implementada por la **Unidad Para La Atención y Reparación integral a las Victimas** desarrollada por el profesional psicosocial \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. De igual manera, pongo en conocimiento que esta atención es voluntaria y hace parte del proceso de recuperación y bienestar emocional.

Además de lo anterior, autorizo que se realicen transcripciones de fragmentos de las narraciones de manera anónima o toma de registros fotográficos, con seudónimos o con mi nombre si lo decido, cuyo contenido puede ser compartido y/o difundido con diferentes profesionales de la Unidad, otras entidades y/o víctimas, con el fin de mostrar los avances de recuperación emocional que han surgido en la implementación de la Estrategia. Se me ha explicado que es posible que en cualquier momento del proceso sea acompañado por otro profesional psicosocial y estoy de acuerdo con eso.

Finalmente, manifiesto que el/la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en este proceso de atención psicosocial.

FIRMA PROFESIONAL PSICOSOCIAL FIRMA PARTICIPANTE:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.C:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.C:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

T.P:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CONTROL DE CAMBIOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Versión** | **Fecha del cambio** | **Descripción de la modificación** |
| V1 | 04/06/2021 | Creación del formato |