

ZGODA RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO ORAZ OSOBY MAŁOLETNIEJ

(dotyczy osób od 6. do 18. roku życia)

Dane osoby małoletniej (Klienta):

Imię i nazwisko: _____

Data urodzenia: _____

Dane rodzica / opiekuna prawnego składającego oświadczenie:

Imię i nazwisko: _____

Telefon kontaktowy: _____

Adres e-mail: _____

Status: rodzic / opiekun prawny _____

Oświadczam, że:

Jestem przedstawicielem ustawowym wyżej wymienionej osoby małoletniej i posiadam prawo do decydowania o korzystaniu przez nią ze świadczeń psychologicznych.

Wyrażam zgodę na udzielanie osobie małoletniej świadczeń psychologicznych (w tym konsultacji, diagnozy, wsparcia lub terapii) przez w Gabinetzie Psychologicznym Kulisy Myśli, zwanym dalej „Gabinetem”, w formie: stacjonarnej / online.

Zostałem/am poinformowany/a o zakresie, przewidywanym przebiegu i celu proponowanych świadczeń.

Zapoznałem/am się z Regulaminem Gabinetu, w tym z zasadami odwołania wizyt i pobierania opłat za nieodwołane wizyty, i akceptuję jego postanowienia.

Rozumiem, że dla skuteczności pracy z dzieckiem lub nastolatkiem niezbędne jest zaufanie w relacji z psychologiem. W związku z tym psycholog może nie przekazywać mi szczegółowej treści rozmów odbytych z osobą małoletnią, z zastrzeżeniem przypadków, w których obowiązek zachowania tajemnicy nie obowiązuje, w szczególności gdy istnieje zagrożenie życia lub zdrowia dziecka lub innych osób. Psycholog będzie informował mnie o ogólnym przebiegu pracy, postępach i zaleceniach.

Mam prawo w każdej chwili cofnąć zgodę na udzielanie świadczeń, kierując do Gabinetu informację na piśmie lub e-mailem. Cofnięcie zgody nie wpływa na zgodność z prawem świadczeń udzielonych przed jej cofnięciem.

Zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Gabinetu o wszelkich zmianach dotyczących sprawowania władzy rodzicielskiej lub opieki nad osobą małoletnią.

Miejscowość i data: _____

Podpis rodzica / opiekuna prawnego: _____