

ZGODA RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO NA OPINIOWANIE TRANSPŁCIOWOŚCI DZIECKA I WYDANIE OPINII PSYCHOLOGICZNEJ

Ja, niżej podpisany/a

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego:

Numer telefonu / e-mail:

jako rodzic/opiekun prawny dziecka:

Imię i nazwisko dziecka:

Pesel:

niniejszym wyrażam zgodę na przeprowadzenie przez:

Imię i nazwisko psychologa/terapeuty:

w Instytucie Psychoterapii i Terapii Seksuologicznej SPLOT, procedury diagnostycznej dotyczącej tożsamości płciowej mojego dziecka, w tym:

- rozmowy diagnostyczne z dzieckiem,
- wypełnianie kwestionariuszy i testów psychologicznych (jeżeli dotyczy)
- analizę dokumentacji medycznej lub edukacyjnej (jeżeli dotyczy),
- wydanie pisemnej opinii psychologicznej dotyczącej dziecka.

Oświadczam, że:

- zostałem/am poinformowany/a o celu, zakresie i charakterze badań oraz wydawanej opinii,
- rozumiem, że udział dziecka w procesie jest dobrowolny i w każdej chwili mogę cofnąć zgodę,
- wiem, że wszystkie informacje uzyskane w trakcie diagnozy objęte są tajemnicą zawodową, z wyjątkami przewidzianymi przez prawo (np. zagrożenie życia lub zdrowia dziecka lub innych osób),
- wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia diagnozy i sporządzenia opinii psychologicznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami o ochronie danych osobowych (RODO),
- zapoznałem/am się i akceptuję regulamin placówki.

Podpisując niniejszy dokument, potwierdzam, że zrozumiałem/am jego treść oraz wyrażam zgodę na opiniowanie transpłciowości mojego dziecka i wydanie opinii psychologicznej.

Podpis rodzica/opiekuna prawnego i data:

.....