

ZGODA RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO NA UDZIAŁ DZIECKA W TERAPII

Ja, niżej podpisany/a

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego:

Numer telefonu / e-mail:

jako rodzic/opiekun prawny dziecka:

Imię i nazwisko dziecka:

Pesel dziecka:

niniejszym wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w terapii psychologicznej/seksuologicznej prowadzonej przez:

Imię i nazwisko terapeuty:

w Instytucie Psychoterapii i Terapii Seksuologicznej SPLOT.

Oświadczam, że:

- zostałem/am poinformowany/a o celu, zakresie i charakterze proponowanej terapii,
- rozumiem, że udział w terapii jest dobrowolny i w każdej chwili mogę cofnąć zgodę,
- wiem, że wszystkie informacje uzyskane w trakcie terapii 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 realizacji procesu terapeutycznego, 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 udział mojego dziecka w terapii.

Podpis rodzica/opiekuna prawnego i data:

.....