

**Formularz zgody rodzica/opiekuna prawnego na udział dziecka w konsultacji
psychologicznej lub terapii psychologicznej świadczonych przez Gabinet Psychologiczny
Iłona Lewoska-Pietrzykowska**

Rodzic/opiekun ustawowy Imię i nazwisko:

PESEL.....

dokument tożsamości.....telefon.....

Adres zamieszkania.....

Rodzic/opiekun ustawowy Imię i nazwisko:.....

PESEL.....

Dokument tożsamości.....telefon.....

Imię i nazwisko Pacjenta.....

PESEL.....

Stosunek przedstawiciela ustawowego do małoletniego (np. ojciec, matka).....

Wypełnia i podpisuje rodzic/opiekun prawny:

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka/mojego podopiecznego w konsultacji psychologicznej w terapii psychologicznej. Jednocześnie potwierdzam, że zostałem poinformowany, że prowadzenie działań psychologicznych i/lub terapeutycznych u dziecka powyżej 16. roku życia wymaga również jego zgody.

.....

(Data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego składającego oświadczenie)

Na podstawie art. 9 ust. 2 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych szczególnej kategorii (o stanie zdrowia) mojego dziecka/osoby małoletniej pozostającej pod moją pieczę. Rozumiem, że przetwarzanie tych danych jest niezbędne w celu prawidłowego świadczenia usług konsultacji lub terapii psychologicznej. Dane te zostają przekazane przeze mnie

świadomie i dobrowolnie. Zostałem(am) poinformowany(a), że mam prawo wglądu do moich/mojego dziecka danych osobowych, jak również, że w każdym momencie mogę cofnąć taką zgodę bez podania przyczyny.

.....
(Data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego składającego oświadczenie oraz dziecka w wieku 16-18 lat.)

Wypełnia i podpisuje pacjent (jeśli dotyczy, tzn. ma 16-18 lat):

Wyrażam zgodę na swój udział: w konsultacji psychologicznej, w terapii psychologicznej.

.....
(Data i czytelny podpis pacjenta składającego oświadczenie)

.....
Podpis psychologa przyjmującego oświadczenie