

**Formularz świadomej zgody rodzica/opiekuna prawnego na udział dziecka w konsultacji psychologicznej/ w terapii psychoterapeutycznej/ pozostanie dziecka z psychologiem w gabinecie**

w Centrum Kreatywnego Rozwoju Kamila Stefanik

**Rodzik/opiekun ustawowy:**

**Imię i nazwisko:** .....

**Data urodzenia rodzica:**.....

**Pacjent :**

Imię i nazwisko:.....

data urodzenia .....

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

.....

**1. Wypełnia i podpisuje rodzic/opiekun prawny:**

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka/mojego

w konsultacji psychologicznej

w terapii psychoterapeutycznej

Kontakt i pozostanie dziecka z psychologiem/psychoterapeutą w gabinecie

Jednocześnie potwierdzam, że zostałem poinformowany o fakcie, że prowadzenie powyższych działań psychologicznych i terapeutycznych u dziecka niepełnoletniego, lecz powyżej 16 roku życia, jak i dziecka poniżej 18 roku życia wymaga również jego zgody.

.....

Data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego składającego oświadczenie

.....

Data i czytelny podpis psychologa przyjmującego oświadczenie

**Podstawa prawna:** ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018, poz. 100), rozporządzenie 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 oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (4.5.2016 L 119/38 Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej PL).

**Centrum Kreatywnego Rozwoju Kamila Stefanik**

Al. Piłsudskiego 31/133-134,108

NIP: 9191724161

REGON: 360458651

**Tel: 782 161 551**

35-074 Rzeszów

e-mail: [ckrstefanik@gmail.com](mailto:ckrstefanik@gmail.com)

[www.ckrstefanik.com](http://www.ckrstefanik.com)



Centrum  
Kreatywnego Rozwoju  
Kamila Stefanik