

Wzór zgody rodzica / opiekuna prawnego na psychoterapię

Zgoda rodzica / opiekuna prawnego

Ja, niżej podpisany/a:

.....
Imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego:

.....
Adres zamieszkania:

.....
Telefon / e-mail:

niniejszym wyrażam zgodę, aby moje dziecko / podopieczny(a):

.....
Imię i nazwisko dziecka / podopiecznego:

.....
Data urodzenia:

uczestniczyło w psychoterapii / terapii psychologicznej / pedagogicznej / zajęciach w Ośrodku Psychoterapii „Bo Jesteś” — prowadzonej przez Fundację „Bo Jesteś” (ul. Bydgoskich Przemysłowców 6, 85-862 Bydgoszcz), na warunkach określonych w aktualnym Regulaminie Korzystania z usług Ośrodka w gabinetach przy ul Kraszewskiego 1 (budynek Beta, wejście A 1).

Oświadczam, że zostałem/zostałam poinformowany/a o:

- zakresie i celu terapii,
- dobrowolności uczestnictwa,
- zasadach poufności, ochrony danych osobowych, standardach ochrony małoletnich,
- możliwości zakończenia terapii w dowolnym momencie,
- prawach moich i mojego dziecka / podopiecznego.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka/podopiecznego oraz moich danych osobowych przez Fundację „Bo Jesteś” w celu świadczenia usług terapeutycznych oraz prowadzenia dokumentacji, zgodnie z obowiązującymi przepisami RODO.

Przyjmuję do wiadomości, że przetwarzanie danych osobowych rodzica/opiekuna oraz dziecka jest niezbędne do wykonania umowy o świadczenie usług terapeutycznych, a skutkiem odmowy ich podania lub wycofania zgody, będzie brak możliwości zawarcia i wykonania umowy. Dane te będą również przetwarzane przez Fundację „Bo jesteś” w celu realizacji obowiązków prawnych ciążących na Administratorze w związku ze świadczeniem usługi (np. rozliczenie świadczeń, realizacja standardów ochrony małoletnich).

.....
Data, miejscowość:

.....
Podpis rodzica / opiekuna prawnego:

Wzór zgody osoby małoletniej (po ukończeniu 16 roku życia) na psychoterapię

Zgoda rodzica / opiekuna prawnego

Ja, niżej podpisany/a:

.....
Imię i nazwisko dziecka / podopiecznego:

.....
Data urodzenia:

wyrażam zgodę na uczestnictwo w psychoterapii / terapii psychologicznej / pedagogicznej / zajęciach w Ośrodku Psychoterapii „Bo Jesteś” — prowadzonej przez Fundację „Bo Jesteś” (ul. Bydgoskich Przemysłowców 6, 85-862 Bydgoszcz), na warunkach określonych w aktualnym Regulaminie Korzystania z usług Ośrodka w gabinetach przy ul. Kraszewskiego 1 (budynek Beta, wejście A 1).

Oświadczam, że zostałem/zostałam poinformowany/a o:

- zakresie i celu terapii,
- dobrowolności uczestnictwa,
- zasadach poufności, ochrony danych osobowych, standardach ochrony małoletnich,
- możliwości zakończenia terapii w dowolnym momencie,
- prawach moich i mojego dziecka / podopiecznego.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Fundację „Bo Jesteś” w celu świadczenia usług terapeutycznych oraz prowadzenia dokumentacji, zgodnie z obowiązującymi przepisami RODO.

Przyjmuję do wiadomości, że przetwarzanie moich danych osobowych jest niezbędne do wykonania umowy o świadczenie usług terapeutycznych, a skutkiem odmowy ich podania lub wycofania zgody, będzie brak możliwości zawarcia i wykonania umowy. Dane te będą również przetwarzane przez Fundację „Bo jesteś” w celu realizacji obowiązków prawnych ciążących na Administratorze w związku ze świadczeniem usługi (np. rozliczenie świadczeń, realizacja standardów ochrony małoletnich).

.....
Data, miejscowość:

.....
Podpis osoby małoletniej: