OŚRODEK ŚRODOWISKOWEJ OPIEKI PSYCHOLOGICZNEJ I PSYCHOTERAPEUTYCZNEJ DLA DZIECI I MŁODZIEŻY - I POZIOM REFERENCYJNY
26-660 JEDLIŃSK UL. WARECKA 4
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W PNIEWACH
05-652 PNIEWY, PNIEWY 2A NIP 797-185-61-38 TEL 48- 668-64-70

Formularz świadomej zgody rodzica / opiekuna prawnego na objęcie niepełnoletniego pomocą psychologiczną, psychoterapeutyczną, terapeutyczną

Uprzejmie informujemy, że w związku z powstaniem Ośrodka Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży zlokalizowanym w Jedlińsku ul. Warecka 4 istnieje możliwość skorzystania z bezpłatnych konsultacji dla uczniów w ramach ww. Ośrodka którego głównym celem jest szybkie i kompleksowe objęcie opieką osoby potrzebującej pomocy oraz jego rodziny i bliskiego otoczenia w sytuacji gdy wymagać będzie tego zgłaszany problem. Każdy potrzebujący pomocy może zgłosić się do nas **bez skierowania.** Udogodnieniem pracy Ośrodka jest możliwość udzielania pomocy w środowisku, w tym na terenie szkoły lub przedszkola.

Uwaga! Ważne informacje!

1. Powyższa zgoda może być w każdej chwili przez Państwa odwołana.
2. W sytuacji, gdy będzie tego wymagał problem do terapii zostaną włączeni rodzice.
3. Wstępne porady mogą być udzielane w Szkole/Przedszkolu.
4. Porady mogą odbywać się w trakcje zajęć lekcyjnych.
5. Ja niżej podpisany wyrażam zgodę na objęcie pomocą psychologiczną / psychoterapeutyczną / terapeutyczną

.....
(imię i nazwisko dziecka)

PESEL | | | | | | | | | | | |

Adres zamieszkania .....

Telefon kontaktowy do rodzica / opiekuna prawnego .....

6. Jako rodzic / opiekun prawny dziecka wyrażam zgodę na objecie w/w pomocą dziecka/podopiecznego. Jednocześnie potwierdzam, że zostałem poinformowany o fakcie, że objęcie pomocą psychologiczną / psychoterapeutyczną / terapeutyczną u dziecka niepełnoletniego, lecz powyżej 16 roku życia, jak i dziecka poniżej 18 roku życia, wymaga zgody niepełnoletniego.
7. Oświadczam, że:
   - ☐ posiadam upoważnienie do działania w zakresie wyrażenia świadomej zgody na leczenie niepełnoletniego od drugiego rodzica / opiekuna prawnego.
   - ☐ posiadam wyłączne uprawnienie do wyrażenia zgody na leczenie niepełnoletniego w pełnym zakresie.
8. Realizując **obowiązek informacyjny** wynikający z 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 oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) – dalej „RODO", niniejszym informujemy, iż Państwa dane osobowe oraz dane osobowe Państwa dzieci będą przetwarzane przez Ośrodek Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży w Samodzielnym Publicznym