

SZÜLŐI / TÖRVÉNYES KÉPVISELŐI HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT

Kiskorú részére nyújtott mentálhigiénés tanácsadáshoz

1. A kiskorú adatai

Név:

2. A szülő / törvényes képviselő adatai

Név:

Lakcím:

Telefonszám:

E-mail-cím:

A kiskorúval fennálló jogviszony:

☐ szülő

☐ törvényes képviselő

☐ egyéb:

3. A szolgáltató adatai

Szolgáltató: Szabó Ágnes integratív mentálhigiénés szakember

E-mail: mentalis.mediacio@gmail.com

4. Hozzájárulás a szolgáltatás igénybevételéhez

Alulírott szülő / törvényes képviselő kijelentem, hogy a fent megnevezett kiskorú számára Szabó Ágnes által nyújtott mentálhigiénés tanácsadás igénybevételéhez hozzájárulok.

Tudomásul veszem, hogy a mentálhigiénés tanácsadás célja a kiskorú támogatása élethelyzeti nehézségek, elakadások, kapcsolati helyzetek, önismereti kérdések és egyéb, a mindennapi megküzdést érintő kérdések átgondolásában.

Tudomásul veszem, hogy a mentálhigiénés tanácsadás nem pszichológiai diagnosztika, pszichoterápia vagy orvosi/pszichiátriai ellátás, és a Szolgáltató kizárólag saját szakmai kompetencia határain belül végzi tevékenységét.

Amennyiben a kiskorú szükségletei más szakember bevonását indokolják, a Szolgáltató ezt jelezheti, illetve szükség esetén más megfelelő szakemberhez irányíthatja a kiskorút.

5. A kiskorú véleményének és érdekeinek figyelembe vétele

Tudomásul veszem, hogy a tanácsadási folyamat során a Szolgáltató a kiskorú életkorát, érettségét, véleményét, szükségleteit és érdekeit figyelembe véve, vele együttműködve dolgozik.

A tanácsadási kapcsolat célja, hogy a kiskorú számára biztonságos, elfogadó és tiszteletteljes szakmai teret biztosítson.

A szülői/törvényes képviselői hozzájárulás nem jelenti azt, hogy a szülő automatikusan jogosult a tanácsadási alkalmakon elhangzott valamennyi személyes vagy bizalmas információ megismerésére.

A Szolgáltató a kiskorúval folytatott munka során a bizalmasságot a vonatkozó szakmai és jogi keretek között kezeli.

A kiskorúval kapcsolatos, a szülő számára átadható információkról – a kiskorú életkorát és érdekeit is figyelembe véve – a Szolgáltató és a szülő szükség szerint külön egyeztetethet.

6. Bizalmasság

Tudomásul veszem, hogy a mentálhigiénés tanácsadás során a Szolgáltató a tudomására jutott személyes és bizalmas információkat bizalmasan kezeli.

A bizalmasság nem abszolút: a jogszabályban meghatározott esetekben, illetve a kiskorú vagy más személy testi épségének, biztonságának védelme érdekében szükségessé válhat információ továbbítása vagy megfelelő szakmai segítség bevonása.

A Szolgáltató ilyen esetben a vonatkozó jogszabályok és szakmai szempontok szerint jár el.

7. Adatkezelés

Tudomásul veszem, hogy a kiskorú és a szülő/törvényes képviselő személyes adatainak kezelése a Szolgáltató Adatkezelési Tájékoztatójában foglaltak szerint történik.

Az Adatkezelési Tájékoztatót megismertem, annak tartalmáról tájékoztatást kaptam.

A kiskorú adatainak kezelésével kapcsolatban a Szolgáltató a vonatkozó adatvédelmi jogszabályokat, különösen a GDPR rendelkezéseit alkalmazza.

8. Kapcsolattartás a szülővel / törvényes képviselővel

A szolgáltatással kapcsolatos adminisztratív kérdésekben a Szolgáltató a szülővel/törvényes képviselővel az alábbi elérhetőségen tarthat kapcsolatot:

Telefonszám: + 36 30 638 6768

E-mail-cím: mentalis.mediacio@gmail.com

A tanácsadási folyamat szakmai tartalmával kapcsolatos kommunikációt a Szolgáltató a kiskorú érdekeit, életkorát, érettségét és a bizalmasság szakmai kereteit figyelembe véve kezeli.

9. Nyilatkozat

Alulírott kijelentem, hogy:

- a jelen nyilatkozatban foglaltakat elolvastam és megértettem;
- a mentálhigiénés tanácsadás jellegéről és szakmai kereteiről megfelelő tájékoztatást kaptam;

- a Szolgáltató Általános Szerződési Feltételeit megismertem;
- a Szolgáltató Adatkezelési Tájékoztatóját megismertem;
- a fent megnevezett kiskorú mentálhigiénés tanácsadásának igénybevételéhez hozzájárulok;
- a megadott adatok a valóságnak megfelelnek.

Kelt:

Szülő / törvényes képviselő neve:

.....

Aláírás:

.....

A Szolgáltató tölti ki

A hozzájáruló nyilatkozat átvételének dátuma:

.....

Szolgáltató neve:

Szabó Ágnes integratív mentálhigiénés szakember

Aláírás:

.....

Szeged,

.....

szülő/törvényes képviselő