



Областное государственное автономное
учреждение социального обслуживания
«Центр социально-психологической
помощи семье и детям»

432017, г. Ульяновск,
ул. Ленина, дом 104
Тел. 42-00-29
e-mail: cspp-semya@yandex.ru

* * * * *

Согласие на обработку персональных данных

Я _____

(ФИО родителя/законного представителя ребенка)

Являюсь родителем (законным представителем) ребенка

(ФИО, дата рождения ребенка)

Даю согласие на социально-психологическую консультацию со специалистом

Консультация включает в себя:

Психологическую диагностику, проведение тестов, беседу, упражнения, обсуждение актуальной для ребенка ситуации, индивидуальное исследование (обсуждение, рисунки, ответы на вопросы и т.д. о внутреннем и внешнем мире клиента с целью формулирования гипотез, а затем новых стратегий поведения и мышления для достижения поставленных клиентом целей, анализ происходящего во внутренней и внешней жизни клиента), индивидуальное консультирование, психологическая коррекция, психологическое сопровождение и поддержка.

Количество занятий зависит от степени доверия, от сложности проблемы и от готовности работать.

Обеспечивается правило конфиденциальности и безопасности клиента – ребенка (важно, чтобы ребенок чувствовал, что все его мысли, чувства, мотивы действий и т.д. «не докладываются» родителям, а являются его личностным пространством). Родители могут, при необходимости, получить психологическую помощь в виде консультаций или своей психологической терапии.

Совместные занятия ребенка и родителя (родителей, законных представителей), направлены на решение проблем детско-родительских отношений в семье, эмоционально-личностных проблем, трудностях общения и коммуникации.

Информация, которой делится со специалистом ребенок остается конфиденциальной, т.е. НЕ сообщается родителю ни в какой форме, и родитель дает свое информированное и осознанное согласие на это.

За исключением (информация сообщается родителю по телефону _____
запасной номер _____ смс-сообщением или звонком, а также «в живую» при
очном обращении родителя, в случаях:

по оценке специалиста предоставленной ему информации, есть суицидальный риск и необходимо обращение к врачу-психотерапевту (психиатру) для исключения риска или соответствующей диагностики или лечения;

ребенок наносит или планирует нанести физический вред себе и/или окружающим;

ребенок принимает наркотические вещества;

ребенок подвергается физическому и/или сексуальному насилию со стороны сверстников, известных и/или неизвестных лиц, учителей, других членов семьи и т.д.;

ребенок стал участником террористической группы или деструктивной секты.

В случаях жалоб ребенка на насилие (физическое и/или сексуальное) в известность ставятся правоохранительные органы и родитель (если жалобы не на него) в установленном законодательством порядке.

Конфиденциальность не сохраняется в случаях, предусмотренных законодательством, по решению суда и в случае официальных требований правоохранительных органов.

Ознакомлен (а) _____

(ФИО, дата, подпись ребенка)

Даю согласие _____

(ФИО, дата, подпись родителя)