

Директору
ГКУСОН АО «КЦСОН»
Т.М. Резцовой
законного представителя несовершеннолетнего

(Ф.И.О несовершеннолетнего-их)

от _____
(Ф.И.О. законного представителя)

Заявление

Я _____, даю согласие психологам отделения по работе с семьей и детьми ГКУСОН «Комплексный центр социального обслуживания населения, Камызякский район, Астраханская область», на оказание социально-психологических услуг в индивидуальной и групповой форме мне, моему ребёнку

в виде психологического консультирования, психологической поддержки и сопровождения, психологической диагностики, психологической коррекции и психологического тренинга сроком на _____ месяцев.

Дата _____

Подпись _____

Права получателя психологической помощи

1. Получатели психологической помощи имеют право на:

- получение профессиональной, квалифицированной и специализированной психологической помощи при условии соблюдения ими норм и правил, установленных лицом, оказывающим психологическую помощь;
- выбор лица, оказывающего психологическую помощь, вида психологической помощи и формы ее оказания;
- сохранение конфиденциальности информации личного характера, ставшей известной специалисту-психологу в процессе оказания психологической помощи, за исключением случаев, когда такая информация предоставляется в порядке, установленном федеральным законодательством.

1. Сбор данных и присутствие третьих лиц в процессе оказания психологической помощи допускается только с согласия получателя психологической помощи.

2. Получатель психологической помощи вправе отказаться от ее получения на любом этапе.

3. Психологическая помощь оказывается на основании добровольного личного обращения получателя психологической помощи, его опекуна, попечителя, другого законного представителя.

С законодательством ознакомлен (а) _____ подпись.