

**ТЕХНОЛОГИЧНО УЧИЛИЩЕ**  
**“ЕЛЕКТРОННИ СИСТЕМИ”**  
**към ТЕХНИЧЕСКИ УНИВЕРСИТЕТ - СОФИЯ**



*1750, София, Младост 1, ул. Владимир Пашов №2*

*тел: 0886751094*

## Декларация за училищен психолог

**МОЛЯ, ПОПЪЛНЕТЕ ВСИЧКИ ПОЛЕТА И ОТБЕЛЕЖЕТЕ ВАШИЯ ОТГОВОР.**

|                                                |       |
|------------------------------------------------|-------|
| <b>Име и фамилия на<br/>родител/настойник:</b> | _____ |
| <b>Име и фамилия на<br/>ученика:</b>           | _____ |
| <b>Клас:</b>                                   | _____ |

Съгласен/съгласна ли сте детето Ви да участва в **индивидуални консултации** с училищния психолог при нужда или изявено желание от страна на ученика?

- ☐ **Давам** съгласието си
- ☐ **Не давам** съгласието си

Съгласен/съгласна ли сте детето Ви да участва в **групови срещи в класа** с училищния психолог?

- ☐ **Давам** съгласието си
- ☐ **Не давам** съгласието си

Личните данни, предоставени чрез настоящата декларация, както и данните, необходими за осъществяване на психологическите консултации, се обработват за целите на тяхното организиране и документиране, съгласно приложимото законодателство за защита на личните данни.

☐ **Давам съгласието си** за обработване на личните ми данни и личните данни на ученика, посочени в настоящата декларация, за посочените цели.

**Допълнителна информация / коментар:**

Ако желаете да спделите допълнителна информация или уточнение, моля, използвайте полето по-долу.

Дата: \_\_\_\_\_

Подпис: \_\_\_\_\_