



ACORDUL PĂRINTELUI PENTRU CONSILIERE PSIHOPEDAGOGICĂ INDIVIDUALĂ

Subsemnatul (a) _____, în calitate de părinte al antepreșcolarului/preșcolarului/elevului _____, din grupa/clasa _____, **SUNT DE ACORD/ NU SUNT DE ACORD** ca fiul/fiica mea să beneficieze de consiliere psihopedagogică individuală oferită de profesorul consilier școlar IULIA CIHĂREAN, în cadrul cabinetului de consiliere psihopedagogică din unitatea de învățământ ȘCOALA GIMNAZIALĂ NR.4 BISTRIȚA, pe durata întregului ciclu de școlarizare.

- *Îmi exprim acordul ca la nivelul Cabinetului din unitatea școlară menționată, să fie prelucrate datele personale, în conformitate cu obiectivele activității de consiliere și cu prevederile Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și cu prevederile Legii nr. 190/2018.*
- *Profesorul consilier școlar asigură confidențialitatea, excepție fac situațiile percepute ca un abuz sau având un grad mare de risc de sinucidere sau de a răni pe altcineva.*

Data

Semnătura