



وحدة علم النفس العيادي

اتفاقية ثقة/سرية والدية
(للأشخاص دون عمر ١٨ سنة)

أمنح موافقتي الكاملة على جلسات العلاج التي ستجرى لـ:

_____ (اكتب اسم الشخص القاصر)

_____ مع (اكتب اسم الأخصائي الممارس)

وأن تسجل صوتا وصورة (حسب إجراءات وحدة علم النفس العيادي بجامعة تبوك). وأفهم أن الممارس هو مرشح دراسات عليا في برنامج علم النفس العيادي، وأن الأشرطة ستراجع من قبل المشرف في الوحدة والممارسين فيها وستستخدم للأغراض التعليمية فقط داخل الوحدة. وأفهم أن جميع المواد المسجلة ستعامل بأعلى درجة من الثقة/السرية المهنية، وأن أي معلومات شخصية ستزال بطريقة مناسبة لكي لا تكشف هوية الشخص الذي يتلقى العلاج. وأفهم أن الأشرطة ستسمح بمجرد الانتهاء منها لأغراض التعليم والإشراف على الممارس الذي يجري الجلسات العلاجية. كما أنه لن تبقى أي نسخ دائمة من المواد المسجلة على أي شكل كان. وأفهم أنني حر في أن أسحب موافقتي هذه كتابيا في أي وقت.

التاريخ	العمر	توقيع المستشار
التاريخ		اسم الوالد/الوالدة والتوقيع:
التاريخ		توقيع الممارس