

DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE

pentru înscrierea în Registrul furnizorilor de servicii psihologice privind desfășurarea activității profesionale de intervenție psihologică pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist

Vă informăm că organizația profesională Colegiul Psihologilor din România procesează datele dumneavoastră cu caracter personal, comunicate în prezenta declarație pe propria răspundere și cuprinse în dosarul depus în vederea certificării competențelor profesionale pentru intervenția psihologică în cazul persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist (TSA), offline și online, în temeiul Hotărârii Comitetului director al Colegiului Psihologilor din România nr. 1/2019 pentru aprobarea normelor privind competențele profesionale, educația, formarea și atestarea profesională ale psihologilor cu drept de liberă practică, cu modificările și completările ulterioare, și a Procedurii de înscriere în Registrul furnizorilor de servicii psihologice privind desfășurarea activității profesionale de intervenție psihologică pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist, aprobată prin Hotărârea Comitetului director al Colegiului Psihologilor din România nr. 61/2021. Prelucrarea datelor se realizează exclusiv pentru atingerea scopurilor cu care a fost investit Colegiul Psihologilor din România, ca autoritate de reglementare a profesiei de psiholog cu drept de liberă practică.

Subsemnatul(a) _____, psiholog cu drept de liberă practică, având cod personal din Registrul unic al psihologilor cu drept de liberă practică din România _____, CNP _____, e-mail _____, telefon _____, deținând atestat de liberă practică valid, în treapta de specializare psiholog _____, în următoarea/următoarele specialități pentru care solicit înscrierea în Registrul furnizorilor de servicii psihologice privind desfășurarea activității profesionale de intervenție psihologică pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist:

- Psihologie educațională, consiliere școlară și vocațională
- Psihopedagogie specială
- Psihoterapie
- Consiliere psihologică
- Psihologie clinică

și având competență în următorul/următoarele domenii specifice:

(se completează doar în cazul specialităților consiliere psihologică și psihoterapie),

desfășurându-mi activitatea în cadrul cabinetului individual de psihologie/societății civile profesionale de psihologie/cabinetelor asociate: _____

având COD RUP partea a II-a (cod formă de exercitare): _____

în calitatea mea de:

a) titular,

sau

b) angajat în cadrul cabinetului individual de psihologie/societății civile profesionale de psihologie/cabinetelor asociate menționat/ă/e anterior,

cu Contract de muncă nr. _____ din data _____,

și cunoscând sancțiunile aplicate faptei de fals în declarații prevăzute de Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, declar pe propria răspundere următoarele:

- informațiile completate în acest formular sunt corecte;
- îmi asum respectarea tuturor actelor normative în vigoare privind exercitarea profesiei de psiholog;
- dreptul de liberă practică nu îmi este afectat de vreuna din cauzele de suspendare prevăzute de art. 18 din Legea nr. 213/2004 privind exercitarea profesiei de psiholog cu drept de liberă practică, înființarea, organizarea și funcționarea Colegiului Psihologilor din România, cu modificările ulterioare;
- îmi exprim acordul ca organizația profesională Colegiul Psihologilor din România să proceseze datele cu caracter personal cuprinse în prezenta declarație pe propria răspundere și în conținutul dosarului depus, online și offline, pentru înscrierea în Registrul furnizorilor de servicii psihologice privind desfășurarea activității profesionale de intervenție psihologică pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist, exclusiv pentru scopurile reglementate prin legislația în vigoare a profesiei de psiholog cu drept de liberă practică.

NOTĂ: Titularul formei de exercitare a profesiei își asumă răspunderea solidar pentru corectitudinea informațiilor declarate de către angajat.

Semnătură și parafă psiholog titular

Semnătură și parafă psiholog angajat

(Dacă este cazul.)

Ștampilă formă de exercitare

Data
