

OŚWIADCZENIE DOT. CHĘCI SKORZYSTANIA ZE WSPARCIA INDYWIDUALNEGO

Ja, niżej podpisan_:

Imię i nazwisko:

Preferowane imię i forma zwrotu (zaimki):

Data urodzenia:

E-mail: Telefon:

niniejszym oświadczam, że:

1. Zgłaszam się po wsparcie w związku z procesem afirmacji płci / tranzycji, zgodnie z moimi indywidualnymi potrzebami. Wsparcie ma charakter konsultacji psychologicznych lub psychiatrycznych.
2. Został_łam poinformowan_ o charakterze spotkań oraz o tym, że w modelu świadomej zgody **osoby wspierające nie podejmują decyzji za mnie, lecz wspierają mnie w moim procesie decyzyjnym.**
3. Rozumiem, że:
 - mam prawo do samodzielnego określania własnej tożsamości płciowej i seksualnej i nie muszę jej uzasadniać ani opisywać w określony sposób;
 - mam prawo do przerywania procesu w dowolnym momencie;
 - mogę w każdej chwili zadawać pytania, prosić o wyjaśnienia, m.in. o możliwych skutkach i ryzykach związanych z leczeniem hormonalnym lub innymi krokami tranzycji – w takim zakresie, w jakim dotyczy to moich planów i potrzeb;
 - mogę korzystać z innego rodzaju wsparcia.
4. Został_m poinformowan_ o możliwości wystawienia listu / zaświadczenia / opinii niezbędnych do dalszego procesu leczenia lub innych czynności prawnych – w oparciu o moje potrzeby.
5. Oświadczam, że zapoznał_m się z [Regulaminem i klauzulą informacyjną RODO](#) Fundacji COG i akceptuję ją w całości.
6. Został_m poinformowan_, że wsparcie, z którego korzystam jest realizowane w ramach projektu realizowanego przez Fundację COG i współfinansowanego przez [Kampanię Przeciw Homofobii](#) ze środków Funduszu grantowego “Wspólnymi siłami budujemy równość”.

Data:

Podpis osoby: