**Δήλωση Εμπιστευτικότητας και Σύγκρουσης Συμφερόντων ατόμου το οποίο κατέχει θέση στον Φορέα/ Οργανισμό ο οποίος υποβάλει αίτηση προς το Συμβούλιο Εγγραφής Ψυχολόγων για έγκριση, για παροχή πρακτικής άσκησης**

Εγώ, ο/η (Όνομα),…………………………… (Θέση)………………………… στον Φορέα/Οργανισμό ……………, δηλώνω υπεύθυνα ότι:

1. Θα τηρώ εμπιστευτική, κάθε γραπτή ή προφορική πληροφορία που περιέρχεται σε γνώση μου, στο πλαίσιο της θέσης μου στην διαδικασία άσκησης πρακτικής άσκησης. Οι πληροφορίες αυτές δεν θα κοινοποιούνται σε οποιοδήποτε πρόσωπο, παρά μόνο για την πρέπουσα εκτέλεση των καθηκόντων μου ως μέλος του φορέα.

1. Δεν έχω καταδικασθεί στο παρελθόν για οποιοδήποτε αδίκημα που ενέχει έλλειψη τιμιότητας ή ηθική αισχρότητα.
2. Θα ενημερώσω, το συντομότερο, και δεν θα συμμετέχω στην διαδικασία της πρακτικής άσκησης εάν

i. έχω ιδιάζουσα σχέση ή συγγενικό δεσμό εξ αίματος ή εξ αγχιστείας μέχρι και του τέταρτου βαθμού ή βρίσκομαι σε οξεία έχθρα με πρόσωπο το οποίο έχει εκδηλώσει ενδιαφέρον για άσκηση πρακτικής άσκησης στον φορέα /Οργανισμό, ή / και

ii. συμμετέχω στη διοίκηση ή κατέχω μετοχές ή άλλο συμφέρον σε οποιαδήποτε δημόσιο οργανισμό ή συνεταιρισμό ή άλλο ιδιωτικό οργανισμό, που συνδέεται με την εν λόγω θέση.

|  |
| --- |
| Ημερομηνία: ……………………  Υπογραφή: …………………….. |
| ………………………………..(Όνομα)  ………………………………..(Θέση) |