

**Информированное добровольное согласие на осуществление
консультации на условиях видео записи**

Я/мы(ФИО): _____

Дата/даты рождения: _____

Зарегистрированные по адресу: _____

Я/мы даем согласие осуществить видеозапись консультации специалисту/специалистам (ФИО специалиста/специалистов): _____

Мне/нам известно, что данная видеозапись осуществляется исключительно для использования прохождения сертификации по программе повышения квалификации «Теория и практика семейного консультирования» в АНО «Институт интегративной семейной терапии» и фрагменты этой видеозаписи могут демонстрироваться слушателям данной программы обучения, преподавателям Института. Иное использование данной видеозаписи или ее фрагментов не предполагается. Мне понятно назначение этой видеозаписи, и я принимаю указанные выше условия.

Дата: _____

ФИО и подпись клиента/клиентов: _____

ФИО и подпись специалиста/специалистов: _____
