

**Информированное добровольное согласие на осуществление  
консультации в присутствии слушателей программы повышения  
квалификации**

Я/мы(ФИО):

---

Дата/даты рождения:

---

Зарегистрированные по адресу:

---

Я/мы даем согласие на участие в консультации в присутствии слушателей программы повышения квалификации АНО «Институт интегративной семейной терапии».

Дата: \_\_\_\_\_ 20\_\_ г

ФИО и подпись клиента/клиентов:

---