

ZGODA NA NAGRYWANIE SESJI

imię i nazwisko	
telefon kontaktowy	
e-mail	

Zgadzam się na nagrywanie (wideo lub audio) sesji, w których uczestniczę.

Nagrania lub ich fragmenty mogą zostać wykorzystane w celu:

- podnoszenia kwalifikacji psychologa/psychoterapeuty (superwizja, certyfikacja), pod warunkiem, że moje nazwisko nie zostanie nigdy udostępnione, a nagrania będą prezentowane jedynie specjalistom z obszaru ochrony zdrowia, którzy są zobligowani do zachowania tajemnicy;
- przeprowadzenia badań diagnostycznych w zakresie.....
-

.....

data i podpis Pacjenta