

ZGODA NA NAGRYWANIE SESJI W CELACH INTERWIZYJNYCH I SUPERWIZYJNYCH



Ja, niżej podpisany/a: _____

Imię i nazwisko uczestnika sesji/opiekuna prawnego dziecka: _____

Adres zamieszkania: _____

Telefon kontaktowy: _____

Wyrażam zgodę na rejestrowanie (nagrywanie audio/video) sesji
psychologicznych/terapeutycznych prowadzonych przez: _____

z moim udziałem /z udziałem mojego dziecka: _____

Imię i nazwisko dziecka (jeśli dotyczy): _____

Data urodzenia dziecka (jeśli dotyczy): _____

Zarejestrowane materiały będą wykorzystywane wyłącznie w celach superwizji oraz interwizji, służących podniesieniu jakości pracy specjalisty. Nagrania będą prezentowane w gronie specjalistów objętych tajemnicą zawodową i nie będą wykorzystywane do celów komercyjnych ani publikowane.

Mam świadomość, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na nagrywanie, bez wpływu na jakość i kontynuację udzielanej pomocy psychologicznej.

Data i podpis