

## ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

на участие в психологическом консультировании в рамках программы дополнительного профессионального образования

Настоящее согласие оформляется в рамках консультативной работы, проводимой слушателем программы дополнительного профессионального образования в сфере семейного консультирования под супервизией опытных преподавателей.

### 1. Формат участия

**Выберите подходящий вариант:**

- Консультируется взрослый участник(и)
- Консультируется ребёнок / подросток
- Консультируется семья (взрослые и дети)
- Предпочитаю участвовать **анонимно** (без указания ФИО)

Если вы **готовы предоставить данные**, заполните:

- **ФИО полностью:** \_\_\_\_\_
- **Дата рождения:** \_\_\_\_\_
- **Контакт (телефон, email):** \_\_\_\_\_

Если участвует **несовершеннолетний**, укажите:

- **ФИО ребёнка:** \_\_\_\_\_
- **Дата рождения ребёнка:** \_\_\_\_\_
- **ФИО и статус законного представителя:** \_\_\_\_\_

### 2. Добровольность участия и статус консультирования

✓ Подтверждаю, что участие в консультациях является **добровольным**, и я (или мой ребёнок/попечитель) могу **в любой момент прекратить участие**, отказаться от предложенных методов или задать вопросы о ходе работы.

✓ Мне известно, что консультирование проводится **в образовательных целях** слушателем программы дополнительного профессионального образования (ДПО) под супервизией.

✓ Консультирование не является медицинской или психиатрической помощью.

### 3. Конфиденциальность

✓ Мне разъяснено, что все сведения и содержание консультаций **является конфиденциальным**, и не разглашается третьим лицам.

**!** Исключения:

- угроза жизни и здоровью для Вас или других лиц,
- насилие в отношении несовершеннолетнего,
- письменный запрос от органов власти в рамках законодательства РФ.

### 4. Участие ребёнка

✓ Если консультируется ребёнок, подтверждаю, что я его законный представитель, и даю согласие на участие ребёнка в психологическом консультировании. Гарантирую достоверность сведений и осознаю, что у консультанта нет возможности контролировать предоставляемую мной информацию.

### 5. Аудио- или видеозапись

- Даю согласие
- Не даю согласие

**аудио- или видеозапись консультации исключительно в образовательных целях** (супервизия) с соблюдением полной конфиденциальности. Записи не передаются третьим лицам и не публикуются.

### 6. Обезличенная отчётность

✓ Я понимаю и соглашаюсь, что отдельные элементы консультативного процесса (например, состав семьи, запрос, структура сессии, методы, динамика) могут быть включены в **обезличенную отчётную документацию**, оформляемую слушателем программы ДПО в рамках требований образовательного стандарта, **без указания ФИО, даты рождения или иных идентификаторов**.

**7. Обработка персональных данных** (в соответствии с Федеральным законом № 152-ФЗ от 27.07.2006, действующая редакция)

- Даю согласие
- Не даю согласие

на **обработку следующих персональных данных:**

- Фамилия, имя, отчество;
- Фамилия, имя, отчество моего ребенка;
- Дата рождения;
- Дата рождения ребенка;
- Контактные данные (телефон, email);
- Информация о семейной ситуации и характере обращения, включая специальные и чувствительные персональные данные (состав семьи, психологическое и эмоциональное состояние, внутрисемейные отношения и т.д.) и иные сведения, предоставляемые добровольно.

**Цель обработки:**

- организация консультирования,
- выполнение требований отчётности в дополнительной профессиональной образовательной программе,
- ведение внутреннего учёта.

**Правовое основание:** добровольное согласие в рамках оказания консультативной помощи.

**Способы обработки:** сбор, хранение, систематизация, обезличивание (в случае передачи в отчёты), уничтожение. Доступ имеют только обучающийся специалист и супервизор/куратор учебного отдела АНО «ИИСТ».

Ознакомлен(а) с правом отозвать согласие в любой момент, направив письменное уведомление.

Понимаю, что **в случае участия без указания персональных данных (анонимно)** — согласие на обработку по ФЗ № 152 не требуется, но при этом отчётность будет вестись исключительно в обезличенном виде.

**Дата:** \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_\_

**Подпись участника / законного представителя:** \_\_\_\_\_

**Дополнительно:**

Консультации **не касаются несовершеннолетнего**

Консультации **касаются ребёнка**, и я подтверждаю, что являюсь законным представителем

Я участвую **анонимно**, без передачи персональных данных, по собственному желанию

**Участие второго взрослого участника (если применимо)**

**ФИО:** \_\_\_\_\_

**Дата рождения:** \_\_\_\_\_

**Контакты:** \_\_\_\_\_

Участвую добровольно

Ознакомлен(а) с правилами конфиденциальности

Даю согласие / Не даю согласие на запись сессии в целях супервизии

Даю согласие / Не даю согласие на обработку персональных данных в соответствии с п.7 данного документа

Даю согласие на включение информации в обезличенные отчёты

**Дата:** \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_\_

**Подпись второго участника:** \_\_\_\_\_