

**Информированное добровольное согласие  
на осуществление консультации на условиях видеозаписи**

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 в учебно-методических целях АНО «Институт интегративной семейной терапии» и фрагменты этой видеозаписи могут демонстрироваться слушателям на семинарах в рамках реализации программ повышения квалификации для специалистов в очном и очно-заочном форматах АНО «Институт интегративной семейной терапии». 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:

---