

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

Я/мы(ФИО): \_\_\_\_\_

Дата/даты рождения: \_\_\_\_\_

Зарегистрированные по адресу: \_\_\_\_\_

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

Дата: \_\_ \_\_\_\_ 20\_\_ г

ФИО и подпись клиента/клиентов: \_\_\_\_\_