

**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: _____