

**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 с целью участия консультантов в супервизии, в рамках дополнительного профессионального образования, и предполагает возможность просмотра фрагмента этой видеозаписи преподавателями, специалистами и слушателями АНО «Институт интегративной семейной терапии». Мне/нам понятно, что прохождение супервизии помогает консультантам повышать качество предоставляемых услуг и способствует развитию профессионального сообщества.

Я/мы не даем согласия на иное использование этой видеозаписи, помимо цели, указанной выше.

---

Я/мы даем согласие на создание,  
использование и хранение этой  
видеозаписи на срок до:

---

Мне понятно назначение этой видеозаписи, и я принимаю указанные выше условия.

Дата:

---

ФИО и подпись  
клиента/клиентов

---

ФИО и подпись  
специалиста/специалистов