

Zgoda na rejestrowanie sesji terapeutycznych i wykorzystanie wizerunku dziecka

Ja, niżej podpisany/a (imię i nazwisko opiekuna prawnego): _____,
telefon kontaktowy: _____,

jako opiekun prawny dziecka

Imię i nazwisko dziecka: _____

Data urodzenia dziecka: _____

wyrażam zgodę na:

rejestrowanie sesji terapeutycznych z udziałem mojego dziecka przez psychoterapeutę

Imię i nazwisko psychoterapeuty: _____

w formie nagrań audio i/lub wideo.

Wykorzystanie nagrań z sesji terapeutycznych wyłącznie na potrzeby superwizji, w celu podnoszenia jakości pracy psychoterapeuty oraz poprawy procesu terapeutycznego mojego dziecka.

Przyjmuję do wiadomości, że nagrania będą wykorzystywane jedynie w pracy psychoterapeutycznej i superwizyjnej, a nie będą udostępniane, publikowane ani wykorzystywane w żadnych innych celach.

Zostałem/am poinformowany/a, że wyrażenie zgody jest dobrowolne i mogę w każdej chwili cofnąć zgodę, bez konieczności podawania przyczyny.

Data: _____

Podpis opiekuna prawnego: _____

Psychoterapeuta oświadcza, że zobowiązuje się do przestrzegania powyższych warunków dotyczących ochrony wizerunku dziecka i wykorzystania nagrań wyłącznie w celach superwizji.

Data: _____

Podpis psychoterapeuty: _____