**ZGODA NA NAGRYWANIE SESJI PSYCHOTERAPII**

Wyrażam zgodę na nagrywanie i przetwarzanie nagrań przez Psychoterapeutę ………………………………………….……..…., wyłącznie w celach superwizyjnych
i szkoleniowych Psychoterapeuty. Nagrania audio, audio/wideo w formie pliku są przechowywane na urządzeniu elektronicznym w pliku pod dodatkowym hasłem.

Psychoterapeuta nie wydaje nagrań Pacjentowi.

Jestem świadom/świadoma, iż wyrażenie zgody jest dobrowolne, jednak konieczne do rozpoczęcia procesu psychoterapii.

Data i podpis Pacjenta