**Zgoda na rejestrację sesji**

Ja, niżej podpisana/y, oświadczam, że wyrażam zgodę Pani/u [……………wpisać nazwisko terapeuty….…..…]   
na rejestrację sesji muzykoterapii w celu przedstawienia jej Komisji Certyfikacyjnej Polskiego Stowarzyszenia Muzykoterapeutów (PSMT). Rejestracja sesji jest niezbędna muzykoterapeucie do przystąpienia do procesu certyfikacji prowadzonego przez Komisję Certyfikacyjną PSMT. Materiał audio-wideo oraz dane pacjenta/klienta objęte są klauzulą tajności i nie będą udostępniane do wglądu osobom postronnym, ani rozpowszechniane w mediach publicznych.

Nazwisko pacjenta/klienta ……………………………………………..………………………………….……………………………..………………..

Adres ……………………………………………..………………………………….……………………………………………………………………………………….

Telefon ……………………………………………..…………………………………

Wyrażam zgodę na dokonywanie nagrań audio-wideo: TAK NIE

Podpis pacjenta/klienta ……………………………………………..……………………

Jeśli zgoda została wyrażona w imieniu klienta/pacjenta proszę podać imię i nazwisko oraz wskazać stopień pokrewieństwa[[1]](#footnote-1):

……………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Adres i numer telefonu (jeśli jest inny niż wskazany powyżej):

……………………………………………..………………………………….………………………………………………..………………………………….……………………..

Imię, nazwisko i podpis terapeuty ……………………………………………..………………………………….……………………..

Miejsce i data ……………………………………………..………………………………

1. W uzasadnionych przypadkach zgodę na rejestrację sesji może podpisać osoba sprawująca opiekę nad pacjentem, ale z nim niespokrewniona. [↑](#footnote-ref-1)