………………………….

(data i miejscowość/ дата і місто)

**ZGODA NA UDZIAŁ DZIECKA W PROGRAMIE BEZPŁATNEJ, ZDALNEJ POMOCY PSYCHOLOGICZNO-PSYCHIATRYCZNEJ FUNDACJI „TWARZE DEPRESJI”**

**ЗГОДА НА УЧАСТЬ ДИТИНИ У ПРОГРАМІ БЕЗОПЛАТНОЇ ДИСТАНЦІЙНОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТА ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ ФОНДУ «ОБЛИЧЧЯ ДЕПРЕСІЇ»**

Ja/ Я .............................................................................................................

(imię i nazwisko opiekuna prawnego oraz nr dowodu osobistego lub paszportu/ ім'я та прізвище законного опікуна та ID-картка або номер паспорта)

wyrażam zgodę na udział mojego dziecka/ Я даю згоду на участь моєї дитини::

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

(imię i nazwisko/ім'я та прізвище),

w bezpłatnej, zdalnej konsultacji psychologicznej i/lub psychiatrycznej na zasadach wynikających z Regulaminu Programu opublikowanego na stronie dostępnej ze strony www.twarzedepresji.pl/ukraina.

у безкоштовній дистанційній психологічній та/або психіатричній консультації на умовах, що випливають з Положення про Програму, опублікованих на веб-сайті, доступному www.twarzedepresji.pl/ukraina.

………………………….

(podpis/підпис)