

.....
(data i miejscowość/ дата і населений пункт)

**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 dziecka/ім'я та прізвище дитини),

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

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

.....
(podpis/підпис)