

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ Міністерства у справах  
ветеранів України  
14 грудня 2023 року № 331

**УГОДА**  
**про надання психологічної допомоги**

Я \_\_\_\_\_  
(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) отримувача послуг)

цим документом засвідчую своє бажання та добровільну згоду на отримання послуг із психологічної допомоги, які реалізуються \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (найменування суб'єкта надання послуг)

Відповідно до Закону України "Про захист персональних даних" я даю згоду на обробку моїх персональних даних (в тому числі таких, що містять медичну інформацію) та передачу інформації про мене між фахівцями суб'єкта надання послуг \_\_\_\_\_ ,

\_\_\_\_\_ (найменування суб'єкта надання послуг)

яка безпосередньо стосується їхньої діяльності, на умовах збереження анонімності та конфіденційності.

Я ознайомлений(а) з індивідуальним планом психологічної допомоги. Отримав(ла) в повному обсязі роз'яснення про характер, мету, орієнтовний строк курсу та про можливі несприятливі наслідки під час його проведення, про необхідність дотримання рекомендацій фахівців з надання послуг із психологічної допомоги.

Інформацію надав фахівець із надання послуг із психологічної допомоги

\_\_\_\_\_ " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ року  
(власне ім'я, прізвище, фахівця із надання послуг із психологічної допомоги) (підпис)

Я беру на себе зобов'язання, починаючи з " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ року і до завершення курсу психологічної допомоги дотримуватись призначень фахівців із надання послуг із психологічної допомоги (далі – фахівець) та обов'язково відвідувати заходи з психологічної допомоги, а саме:

\_\_\_\_\_ (призначення фахівця)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Я погоджуюсь виконувати наступне:  
співпрацювати з фахівцями задля досягнення оптимального результату психологічної допомоги;  
брати активну участь у відновлювальних заходах та виконувати всі призначення фахівців;

не вживати алкогольних напоїв, наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів протягом всього курсу психологічної допомоги, крім лікарських засобів за призначенням лікаря;

дотримуватись правил внутрішнього розпорядку суб'єкта надання послуги із психологічної допомоги.

Я усвідомлюю, що при порушенні мною вищезазначених умов суб'єкт надання послуг не гарантує результат та може достроково припинити курс психологічної допомоги.

Я за бажанням можу завершити курс психологічної допомоги достроково, без будь-яких негативних наслідків для себе та усвідомлюю, що в такому випадку суб'єкт надання послуги із психологічної допомоги не гарантує збереження результатів психологічної допомоги, досягнутих під час курсу.

Я, \_\_\_\_\_,  
(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) отримувача послуг)

згодний(а) із запропонованим індивідуальним планом психологічної допомоги.

\_\_\_\_\_  
(підпис отримувача послуг)

“ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20\_\_ року

**Заступник директора Департаменту  
забезпечення переходу від військової  
служби до цивільного життя**

**Ігор КОСТРИКОВ**



СЕД АСКОД - Міністерство у справах ветеранів України  
№ документа: 331  
Дата реєстрації: 14.12.2023  
Сертифікат: 5E984D526F82F38F0400000750EF0002C3F8604  
Дійсний з: 27.10.2023 14:26:38  
Дійсний до: 26.10.2024 23:59:59  
Підписувач: КОСТРИКОВ ІГОР ВІКТОРОВИЧ  
Мітка часу: 14.12.2023 23:09:33