DEKLARACJA UDZIAŁU W PROGRAMIE PSYCHOLOGICZNO-TERAPEUTYCZNYM

Ja ………………………………………………………………………………………….…………

Data urodzenia …………………………………………………………………………..…..

Zamieszkały/ -a …………………………………………………………………….…………

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

Zobowiązuję się do regularnego uczestnictwa w zajęciach psychologiczno-terapeutycznych, stosowania się do norm i zasad współżycia społecznego oraz przestrzegania wszystkich zasad Programu. Jednocześnie informuję, że przyjmuję odpowiedzialność za fakty stosowania przemocy
w moim życiu i zobowiązuję się do zaprzestania stosowania jakiejkolwiek formy przemocy.

Deklaruję abstynencję od alkoholu i innych środków odurzających w trakcie uczestnictwa w Programie.

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie wywiadu środowiskowego w celu przeprowadzenia ewaluacji
i monitoringu programu psychologiczno-terapeutycznego.

Jednocześnie proszę o wydanie Zaświadczenia o chęci udziału w Programie psychologiczno- terapeutycznym dla osób stosujących przemoc w rodzinie, organizowanym w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Tarnowie.

……..………………………….….…………………………………
 (data i podpis uczestnika programu)