

FACSIMILE

CONTRATTO D'OPERA

ai sensi e per gli effetti del Decreto Legislativo del 30 giugno 2003 n.196
PER LA PRESTAZIONE PROFESSIONALE
Professione esercitata ai sensi della legge del 14 gennaio 2013 n°4

Il/La sottoscritto/a:

NOME	
COGNOME	
LUOGO E DATA DI NASCITA	
INDIRIZZO E LUOGO DI RESIDENZA	
CODICE FISCALE	
DOCUMENTO DI IDENTITA'	
P. IVA	
TELEFONO (fisso e/o cellulare)	
E-MAIL	

Debitamente informato/a da:

NOME	XXXXXX
COGNOME	XXXXXX
LUOGO E DATA DI NASCITA	
LUOGO DI RESIDENZA	
CODICE FISCALE / PARTITA IVA	
ASSICURAZIONE PROFESSIONALE	
QUALIFICA PROFESSIONALE	
RAGIONE SOCIALE	
LUOGO DI ATTIVITA'	
SEDE LEGALE	
TELEFONO	
E-MAIL	
SITO INTERNET	

Premesso:

- che il Counseling e le Discipline per il Benessere sono un processo relazionale tra Counselor/Operatore e uno o più Clienti (individui, famiglie, gruppi o istituzioni), che ha l'obiettivo di fornire ad essi opportunità e sostegno nel cercare soluzioni a specifici problemi di natura non psicopatologica e, in tale ambito, nel prendere decisioni, gestire crisi, migliorare relazioni, sviluppare risorse, promuovere e sviluppare la consapevolezza personale su specifici temi.
- che il Counselor/Operatore è la Figura Professionale che, con le proprie competenze, è in grado di favorire la soluzione ad un quesito che crea disagio esistenziale e/o relazionale ad un individuo o un gruppo di individui. E' responsabilità del Counselor/Operatore operare nell'ambito delle competenze che gli sono proprie e per le quali ha avuto una formazione adeguata e certificata.
- che il modello teorico operativo cui il Counselor/Operatore fa riferimento è in particolare il Modello Olistico, offrendo un approccio globale al benessere della persona, per una visione unitaria dell'essere umano, che considera l'individuo nella sua totalità, quindi come una unità tra corpo, mente e spirito, promuovendo strumenti per la crescita e la trasformazione umana per il recupero e il mantenimento del benessere psicofisico e per lo sviluppo della coscienza di sé.

DICHIARA:

- ai sensi e per gli effetti del D.P.R. del 18 dicembre 2000 n.445 (autocertificazione sostitutiva di atto di notorietà) consapevole delle responsabilità anche penali per attestazioni e dichiarazioni false, di essere nel pieno della capacità legale, di non essere: minorenni, incapace naturale, inabilitato, interdetto giudiziale, sottoposto ad amministrazione di sostegno.
- il conferimento dei dati è facoltativo, ma è necessario per l'instaurazione e la prosecuzione del rapporto professionale.
- al fine dello svolgimento dell'attività professionale, anche in adempimento di obblighi legali e fiscali, sarà necessario operare il trattamento di dati personali e sensibili, che verranno raccolti, conservati, trattati, eventualmente trasmessi nel rispetto dei principi di correttezza, liceità e trasparenza, con modalità manuali e/o informatiche, in ogni caso idonee a proteggere la mia riservatezza ed i miei diritti, a tal fine acconsento al trattamento dei miei dati personali e sensibili.

- d) Il responsabile del trattamento è XXXXXX
- e) di essere a conoscenza che in ogni momento potrò esercitare i miei diritti nei confronti del titolare del trattamento, ovvero: ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che mi riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile; ottenere l'indicazione:
- a. a) dell'origine dei dati personali;
 - b. b) delle finalità e modalità del trattamento;
 - c. c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
 - d. d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato;
 - e. e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati; ottenere:
 - 1) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
 - 2) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
 - 3) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato; di oppormi, in tutto o in parte:
 - a3) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che mi riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
 - b3) al trattamento di dati personali che mi riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.
- f) di essere informato/a che gli incontri con il Counselor XXXXXX si configurano in un rapporto professionale di Counseling o in Discipline per il mio benessere, fondato esclusivamente sulla relazione interpersonale e che tali incontri non hanno finalità terapeutica e/o sanitaria, né psicologica, né medica, quindi, durante gli incontri di Counseling o in Discipline per il mio benessere, non saranno effettuate indagini mediche/sanitarie e/o psicologiche, non saranno effettuate diagnosi mediche/sanitarie e/o psicologiche, non saranno effettuate cure mediche/sanitarie e/o psicologiche, riservate esclusivamente alla professione del medico ed alla professione dello psicologo, dello psicoterapeuta e dello psichiatra. Sono consapevole, inoltre, che qualora il Counselor XXXXXX rilevasse la necessità di un intervento più specifico per la mia persona mi indirizzerà a figure professionali di riferimento specifiche e tal fine specializzate.
- g) di essere informato/a che la prestazione si intende adempiuta con l'applicazione del Counseling o di Discipline per il benessere da parte del/della professionista e l'impegno del cliente a collaborare, non potendo essere garantita a priori la realizzazione degli obiettivi fissati, a tal fine il/la Counselor mi ha informato su ciascuna modalità di intervento e successivamente mi spiegherà ogni aspetto in modo che io comprenda e partecipi al trattamento al meglio delle mie possibilità.

L'attività che svolgerò è la seguente: CORSO PER CONDURRE MEDITAZIONI

Descrizione: Seminario teorico-esprienziale per la facilitazione di conduzione di meditazioni

Luogo di svolgimento: al chiuso

Attrezzatura usata: sedie, musica

- h) di essere informato/a che la scadenza naturale del contratto coincide con il termine delle sedute o dei gruppi programmati e che ho la facoltà di interrompere il rapporto in qualsiasi momento.
- i) di essere informato/a che il rapporto professionale con il/la Counselor/ XXXXXX si svolge nel rispetto dei principi di etica e deontologia professionale indicati nella Carta Etica e nel Codice Deontologico Professionale per Counselor/Operatore dell'Associazione Professionale di Categoria S.I.C.O.O.L. (Società Italiana Counselor e Operatore Olistico) e che in particolare il/la professionista è tenuto al segreto professionale e garantisce la riservatezza su quanto ci diremo durante lo scambio di mail e i colloqui, e sull'esistenza degli stessi, sia durante il percorso di Counseling o in Discipline per il Benessere, che dopo il suo completamento, tranne i casi di obblighi di Legge imposti dalle Autorità Sanitarie e/o Giudiziarie ma sempre nel rispetto delle norme vigenti e del segreto professionale.
- l) di impegnarmi ad utilizzare il materiale connesso al rapporto professionale soltanto ai fini del mio percorso personale, e a non divulgare, distribuire, inviare nessun materiale inerente le sessioni effettuate.
- m) di essermi consultato/a con il mio medico curante e di non avere patologie fisiche o psichiche in atto, che comunque mi impegno a riferire immediatamente al/al Counselor/ XXXXXX e che lo/la stessa è disponibile ad un colloquio informativo con il medico curante laddove questi ne ravvisi la necessità, che fin da ora autorizzo al trattamento dei miei dati personali e sensibili, a tal fine ritenuti utili dagli stessi.

Formerà parte integrante del presente il modulo di **"Informazione sulle condizioni e sullo stato di salute"**.

- n) di assumersi ogni responsabilità relativa alla mia persona e per danni procurati a terzi e/o cose durante gli incontri.
- o) di comprendere la lingua italiana e di aver letto quanto sopra, di comprenderne il significato, di aver ottenuto ogni spiegazione da me richiesta.

Luogo, data ed ora

Letto e approvato. Firma del Professionista che ha dato informative Firma (leggibile)

INFORMAZIONI SULLE CONDIZIONI E SULLO STATO DI SALUTE

In caso di dubbio consultare il proprio medico curante

Le risposte alle seguenti domande sono indispensabili al fine di valutare le condizioni di salute e saranno mantenute strettamente confidenziali, nel rispetto della Privacy.

PATOLOGIA / DISTURBO / MALATTIA / ALTRO	SI/NO	QUALE? / QUANDO? / DOVE? / ALTRO
MALATTIE CARDIOVASCOLARI		
INFARTO		
IPERTENSIONE		
INTERVENTI CHIRURGICI		
FERITE, COMPRESSE FRATTURE E DISLOCAZIONI		
MALATTIE INFETTIVE E TRASFERIBILI (recenti o attuali)		
GLAUCOMA		
DISTACCO DELLA RETINA		
EPILESSIA		
OSTEOPOROSI		
ASMA		
PATOLOGIE ANGIOLOGICHE		
SIETE ATTUALMENTE IN STATO DI GRAVIDANZA?		
SIETE STATI RICOVERATI IN OSPEDALE?		
SIETE STATI RICOVERATI IN OSPEDALI PSICHIATRICI?		
SIETE IN TERAPIA?		
SIETE IN TERAPIA DI GRUPPO O DI SOSTEGNO?		
STATE ASSUMENDO FARMACI?		
ALLERGIE E INTOLLERANZE		

A tal fine dichiaro, inoltre, che

Luogo e data

Firma (leggibile)
