

CONSENSO INFORMATO COUNSELING OLISTICO GESTALTICO – VERSIONE MINORI

Ai sensi della Legge 14 gennaio 2013, n. 4

I sottoscritti (c. e n. del padre) e (c. e n. della madre)

..... genitori del minore (c. e n. del figlio)

....., presa visione delle informative, di seguito allegate, in merito agli obiettivi e alle modalità di intervento del Counselor Cecilia Costantino e al trattamento dei dati personali e sensibili,

PRESTANO IL CONSENSO E AUTORIZZANO il/la minore ad usufruire dei colloqui con il Counselor Cecilia Costantino, presso il Suo studio in via Novaluce, 30A Tremestieri Etneo (CT).

Luogo e data _____, ___/___/_____

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di avere effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Il genitore unico firmatario/tutore _____

oppure Firma leggibile di entrambi gli esercenti la potestà genitoriale/tutoria

Si allega la copia di un valido documento di riconoscimento di almeno un genitore o tutore del minore.

CONSENSO INFORMATO - CONSULENZA DI COUNSELING

Mi dichiaro altresì informata/o che: Cecilia Costantino è un counselor olistico gestaltico professionista iscritto ai registri di Siaf Italia con il numero _____. Cecilia Costantino opera nel rispetto della Legge 14 gennaio 2013, n. 4 e dei regolamenti e delle linee guida previste da Siaf Italia.

Gli incontri con Cecilia Costantino si configurano come un rapporto professionale di counseling, fondato esclusivamente sulla relazione interpersonale, l'ascolto e la comunicazione.

Durante gli incontri di counseling non saranno effettuate né cure mediche né cure e/o interventi psicologici. Si ribadisce che gli incontri di counseling non hanno finalità terapeutiche, di cura o di diagnosi riservate a figure professionali quali lo psicologo, lo psicoterapeuta, il medico generico o lo psichiatra.

Qualora Cecilia Costantino rilevasse la necessità di un intervento diverso da quello di counseling, in qualunque momento, per la mia persona, mi proporrà figure professionali di riferimento specifiche o servizi sul territorio.

In qualunque momento potrò interrompere la prestazione professionale e a mio insindacabile giudizio valuterò se rendermi disponibile a effettuare un ultimo incontro finalizzato alla sintesi del lavoro svolto.

Il **compenso** è predefinito tenendo conto della tipologia di prestazione effettuata. Si precisa che il compenso non può essere condizionato all'esito o ai risultati dell'intervento professionale. Il corrispettivo suindicato viene precedentemente comunicato dal professionista e corrisposto prima di ogni incontro. È possibile disdire l'appuntamento entro le 24h dall'incontro previsto, in caso di MANCATA DISDETTA dovrà essere corrisposto comunque l'intero importo dello stesso.

Cecilia Costantino è in possesso dell'assicurazione per responsabilità civile e professionale stipulata con Lloyd's Insurance. Cecilia Costantino risponde al Codice Deontologico dei Counselor Olistici di Siaf Italia visibile integralmente a questo indirizzo web: <http://www.siafitalia.it/chi-siamo/codice-deontologico/>

Per qualunque necessità – informazioni, segnalazioni, reclami, chiarimenti – posso rivolgermi allo sportello utente promosso da Siaf Italia ai sensi dell'art. 2, comma 4 della Legge 14 gennaio 2013, n. 4 Firma del cliente _____ 3) Mi dichiaro altresì informata/o che: } Gli incontri saranno audio/videoregistrati a soli scopi professionali/didattici/scientifici, fermi restando gli obblighi di Cecilia Costantino al rispetto del segreto professionale e alla riservatezza.

Data _____

Firma dei genitori _____