

ACCORDO DI PRESTAZIONE PROFESSIONALE
di professione non organizzata in ordini o collegi, ai sensi della Legge n.4/2013
 Autorizzazione al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs. 196/2003

Il/La sottoscritto/a:

Nome	
Cognome	
Luogo e data di nascita	
Indirizzo e luogo di residenza	
Codice fiscale e/o partita IVA	
Documento di identità	
Recapiti telefonici	
E-mail	

debitamente informato/a da **Caterina Sagna**,
 nata a Torino il 4/4/1961 e residente a Venezia, Cannaregio 4983 - Tel. +39 348 9335278, mail: info@caterinasagna.it
 in qualità di **Professionista Olistico con orientamento sistemico-relazionale**,
 Professionista iscritto al n° 1062 del registro Sicool – Società Italiana Counselor e Operatore Olistico – www.sicool.it.
 Polizza assicurativa professionale: UNIPOL SAI N° 104304920 e 104307742 C.F.: SGN CRN 61D44 L219F
(In caso di segnalazioni sull'operato del professionista, scrivere a: info@sicool.it.)

Premesso che:

- a. la prestazione che verrà offerta è un Counseling, ovvero un processo relazionale tra il Professionista e uno o più Clienti (individui, famiglie, gruppi o istituzioni), che ha l'obiettivo di fornire altre possibili interpretazioni della realtà, nell'ottica di una prospettiva funzionale alle scelte e allo sviluppo del potenziale umano dei Clienti. Non sono oggetto di questo contratto problemi o manifestazioni di natura psicopatologica e/o comunque sanitaria. Il Professionista potrà utilizzare strumenti teorici ed esperienze dirette o indirette per stimolare i Clienti.
- b. a tal fine potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento in ambito sistemico e relazionale, senza minimamente travalicare i confini diagnostici e terapeutici tipici dei settori medico e sanitario, psicologico, psicoterapico e psichiatrico, nel rispetto della legge n. 4 del 14 gennaio 2013 in materia di professioni non organizzate in ordini o collegi.
- c. il principale strumento d'intervento sarà dunque costituito dal dialogo relazionale, che non è un colloquio psicologico, e possono essere impiegati elementi di comunicazione autentica, delle costellazioni sistemiche, di tecniche di meditazione e visualizzazione, esercizi per il rilascio di tensioni e stress, da cui potrebbero emergere eventuali disarmonie preesistenti, conseguenti o in relazione alle suddette attività, che dovranno essere tempestivamente comunicate al Professionista.
- d. il modello teorico operativo cui la Professionista 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 ed il mantenimento del benessere psicofisico e per lo sviluppo della coscienza di sé.
- e. le attività si svolgeranno sia al chiuso sia all'aperto in Viale Stella Maris 4, Contrada Granelli, Pachino (SR)

dal _____ al _____ compresi.

DICHIARA:

- a) 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 e di non essere: minorenne, incapace naturale, inabilitato, interdetto giudiziale, sottoposto ad amministrazione di sostegno;
- b) di essere a conoscenza che il conferimento dei dati è facoltativo, ma è necessario per l'instaurazione e la prosecuzione del rapporto professionale;
- c) di essere informato/a che 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) che il responsabile del trattamento è **Caterina Sagna**
- 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) dell'origine dei dati personali; b) delle finalità e modalità del trattamento; c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato; 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: a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati; b) 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; c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro 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;
- oppormi, in tutto o in parte: a) per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che mi riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta; b) 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 la Professionista **Caterina Sagna** si configurano in un rapporto professionale fondato esclusivamente sulla relazione interpersonale e che tali incontri non hanno finalità terapeutica e/o sanitaria, né psicologica, né medica, quindi, durante gli incontri non saranno effettuate indagini, diagnosi o 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 la Professionista rilevasse la necessità di un intervento più specifico per la mia persona, mi indirizzerà a figure professionali di riferimento specifiche a tal fine specializzate.
- g) di essere informato/a che la prestazione si intende adempiuta con l'applicazione della professione citata e l'impegno del Cliente a collaborare, non potendo essere garantita a priori la realizzazione degli obiettivi fissati, a tal fine la Professionista mi ha informato sulle modalità di intervento e successivamente mi spiegherà ogni aspetto in modo che io comprenda e partecipi al trattamento al meglio delle mie possibilità.
- h) di essere informato/a che la scadenza naturale del presente Accordo coincide con il termine degli incontri o dei gruppi programmati e che ho la facoltà di interrompere il rapporto in qualsiasi momento.
- i) di essere informato/a che il presente rapporto professionale 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 la Professionista è tenuta 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 relazionale 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.
- Per qualsiasi segnalazione sull'operato di **Caterina Sagna**, si prega di scrivere a: info@sicool.it
- 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 alla Professionista **Caterina Sagna** e che 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.
- n) di essere al corrente che gli allegati: Informazioni sulle condizioni e sullo stato di salute (Modulo 1) e Dichiarazione di esonero di responsabilità' (Modulo 2), formano parte integrante del presente Accordo
- o) di assumermi ogni responsabilità relativa alla mia persona e per danni procurati a terzi e/o cose durante gli incontri.
- p) di comprendere la lingua italiana e di aver letto quanto sopra, di comprenderne il significato, di aver ottenuto ogni spiegazione da me richiesta.

Luogo e data _____

Letto e approvato

(Firma leggibile) _____

Caterina Sagna _____

Modulo 1

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, fratture o dislocazioni		
Malattie infettive e trasferibili recenti o attuali		
Epilessia		
Depressione		
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/o intolleranze		
Uso abituale di sostanze stupefacenti		
Consumo abituale di bevande alcoliche		

Altre dichiarazioni

Luogo e data _____

Firma (leggibile) _____

Modulo 2

DICHIARAZIONE DI ESONERO DI RESPONSABILITA'

Compilare e barrare l'opzione scelta

Il/La sottoscritto/a _____

- Alloggerà presso Stella Maris a titolo gratuito, libero/a di non usufruire dei pasti e delle bevande offerte durante il soggiorno, solleva da ogni e qualsiasi responsabilità diretta ed indiretta, civile e penale, per eventuali danni materiali ed immateriali che dovessero derivargli a seguito della partecipazione al seminario residenziale individuale, assumendo pertanto la piena responsabilità per qualunque eventuale conseguenza, inconveniente o danno possa sopraggiungergli durante il soggiorno. Dichiaro quindi di esonerare, sollevare e manlevare Caterina Sagna, così come chiunque altro addetto, da ogni e qualsiasi responsabilità derivante dalla gestione dell'ospitalità in ogni sua forma. Ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 1341 e 1342 C.C. Il/La sottoscritto/a dichiara di aver letto le clausole contenute nella sopra citata dichiarazione di esonero di responsabilità e di approvarne specificatamente ogni suo punto.
- Non alloggerà presso Stella Maris ma al seguente indirizzo:

(compilare) _____

Luogo e data _____

Firma (leggibile) _____