



Sede Legale e amministrativa: Via Del Mondo, 29 10020 Pavarolo (TO)

Sede Decentrata: Via Matteotti, 59 – Sesto Fiorentino (FI)

Sede Decentrata: Via Municipio, 11 – 88040 Serrastretta (CZ)

CONSENSO INFORMATO Per prestazione professionale

(Mod. M.3 - DATA EMISSIONE 30/01/2016 DATA REVISIONE 15/01/2020 - INDICE REVISIONE Rev. 05)

Il sottoscritto _____

Professionista disciplinato ai sensi della Legge 14.01.2013 n.4 iscritto negli elenchi professionali gestiti dall'Unione Italiana dei Professionisti Olistici con la specializzazione di:

Operatore Olistico codice n. _____ **Counselor Olistico codice n.** _____

con il seguente livello di affiliazione:

Practitioner **Professional** **Trainer** **Supervisor**

con studio in _____ Via _____ n° _____

prima di rendere prestazioni professionali in favore del Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il ___/___/___ e residente in _____

Prov. _____ Via _____ n. _____ c.f. _____

gli/le fornisce le seguenti informazioni:

- La durata e la frequenza degli incontri sarà valutata in base alla richiesta e alla disponibilità sia del cliente sia del professionista;
- Il compenso sarà preventivamente pattuito assieme al cliente, sulla base delle disponibilità personali dello stesso, tenendo conto delle indicazioni definite dal tariffario dell'Unione Italiana dei Professionisti Olistici;
- Il cliente può in qualsiasi momento chiedere allo specialista l'esibizione del proprio tesserino associativo personale per verificare il livello di affiliazione dichiarato;
- La prestazione erogata non è di natura sanitaria e/o terapeutica;
- Lo specialista si attiene al rispetto del Codice Deontologico dell'Unione Italiana dei Professionisti Olistici e in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale;

- Che qualsiasi problematica possa insorgere nei confronti della prestazione specialistica offerta, il cliente può rivolgersi in qualsiasi momento all'Unione Italiana dei Professionisti Olistici, quale Associazione Professionale reperibile al seguente link: <http://www.uni-pro.it/servizio-ai-clienti> compilando il modulo sulle procedure di reclamo.

Definizioni delle categorie professionali:

L'operatore olistico aiuta il suo interlocutore ad ampliare il proprio orizzonte di senso al fine di ritrovare un nuovo equilibrio. Attraverso l'uso di tecniche naturali, energetiche, educative, artistiche, formative e spirituali, stimola quel naturale processo di auto ed etero trasformazione che favorisce l'accrescimento della consapevolezza di sé. L'operatore olistico non è un terapeuta, non fa diagnosi e non cura malattie fisiche o psichiche, non prescrive medicine o rimedi, e quindi non si pone in conflitto con la medicina ufficiale e con la legge per l'abuso di professione medica. L'azione dell'operatore olistico di natura pedagogica tende ad ampliare la consapevolezza sia della condizione personale sia del contesto culturale generale per orientare l'attuale stato del pianeta verso una direzione ecologica e sostenibile.

Il Counselor Olistico è una nuova figura professionale che nasce all'interno del paradigma contemporaneo in cui tutto è considerato interdipendente. All'interno di questa visione, qualsiasi problema del singolo è interconnesso con una rete di situazioni/relazioni tra loro imprescindibili. Il professionista si avvarrà quindi di strumenti Pedagogici che riconoscono la persona come un'intarsiatura di un insieme più ampio ed opererà nella relazione d'aiuto con un'attenzione non solo rivolta alla persona, ma al contesto in cui la stessa vive. La malattia in questo caso non è vista come disarmonia, ma come mancanza di libertà; non è un nemico da sconfiggere, ma un "portatore sano" di messaggi a volte scomodi da leggere e portare alla luce della consapevolezza, ma essenziali per intraprendere un percorso di crescita. Il Counselor Olistico, quindi, accompagna il suo interlocutore con umiltà e chiarezza d'intenti in quello spazio di silenzio e di trasmutazione in cui tutto può compiersi.

Dopo dettagliato colloquio esplicativo di quanto sopra riportato, avvenuto in data odierna, si invita il cliente a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo. Il/la Sig./Sig.ra _____ dichiara di aver compreso quanto spiegatogli/le dal professionista sopra riportato e decide a questo punto con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali dallo stesso erogate.

_____ li ___/___/_____

In Fede _____

Firma del/della cliente _____

Il trattamento dei dati personali è conforme ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali". Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali conferiti.

Firma del/della cliente _____