F-P.O.-02.10

NR. \_\_\_\_\_\_ DIN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CONTRACT DE CONSILIERE / TERAPEUTIC

Nume : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prenume : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data nașterii \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Părinții \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

prin prezentul document, declar că am fost informat despre caracteristicile, obiectivele, regulile și criteriile de participare / excludere din programul terapeutic și sunt de acord cu respectarea acestora.

Accept următoarele reguli:

- să particip la activitățile programului terapeutic și să realizez temele stabilite de către specialist,

Activități: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- să nu provoc niciun incident care ar putea afecta buna derulare a activităților,

- să fiu de acord ca, în perioada includerii în program, specialiștii care intervin în procesul meu terapeutic să aibă acces la datele personale cuprinse în Dosarul individual,

- să respect regulile de desfășurare a programului terapeutic.

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Semnătura beneficiarului, Psiholog,