

CONSENSO INFORMATO

La sottoscritta PASINO DANIELA, via Fabio Filzi 7/AG – 23900 Lecco. Tel +39 347 0000317 – mail laforzadelcontatto@gmail.com prima di rendere prestazioni professionali in favore del Sig./Sig.ra _____ codice fiscale _____

fornisce le seguenti informazioni:

- 1) la prestazione professionale sarà finalizzata ad esaminare, insieme al cliente, le condizioni del cliente stesso per poi concordare un percorso mirato a promuovere un processo strategico di risoluzione delle problematiche emerse;
- 2) I suoi dati sono utilizzati esclusivamente per svolgere le attività necessarie alla valutazione e applicati nelle prestazioni di Tecniche del benessere, per le quali l'operatore professionista non ordinistico è qualificato ed ha ricevuto il Suo consenso a procedere;
- 3) la prestazione professionale non è mai da intendersi di natura terapeutica e il cliente dichiara di non presentare patologie o malattie di significata rilevanza clinica tale da poter ostacolare l'azione specialistica richiesta;
- 4) gli strumenti principali di intervento saranno la "relazione" tra professionista e cliente, il colloquio specialistico (anche con indagini oracolari), tecniche di tipo energetico/posturale in presenza o a distanza. Tutte queste tecniche sono inquadrare in un percorso di armonia personale e di educazione alla salute per raggiungere una dimensione di benessere;
- 5) non trattandosi di terapia, la durata complessiva delle prestazioni non può essere definita a priori, anche se sono stati concordati a grandi linee obiettivi, tempi e modalità;
- 6) la durata e la frequenza degli incontri sarà valutata in base alla richiesta e alla disponibilità del cliente e del professionista;
- 7) i benefici e gli effetti conseguibili mediante una consulenza specialistica sono il miglioramento del benessere individuale e relazionale;
- 8) il cliente potrà interrompere il rapporto con il professionista in qualsiasi momento;
- 9) in qualunque momento lo specialista potrà decidere di interrompere la consulenza professionale per necessità e/o impedimento personale, ovvero per esigenze relative all'efficacia della consulenza stessa, ovvero perché non ritenga più utile la consulenza specialistica per il cliente. Potrà anche consigliare al cliente di avvalersi delle prestazioni di un altro professionista;
- 10) il compenso sarà preventivamente comunicato al cliente, sulla base delle tariffe medie del settore. Dopo ampio colloquio esplicativo di quanto sopra riportato, 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 sulla tecnica del benessere applicata con i relativi benefici ed eventuali contro indicazioni e decide a questo punto con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali di PASINO DANIELA come professionista in ambito del benessere, come sopra descritte in quanto rientranti nella Legge 4/2013.

In Fede

_____, ____/____/____

Firma _____