F-P.O.-02.10

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

CONTRACT DE CONSILIERE / TERAPEUTIC

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

prinprezentul document, declarcă am fostinformatdesprecaracteristicile, obiectivele, regulileșicriteriile de participare / excludere din programulterapeuticșisunt de acord cu respectareaacestora.

Accept următoarelereguli:

- săparticip la activitățileprogramuluiterapeuticșisărealizeztemelestabilite de către specialist,

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

-să nu provocniciun incident care arputeaafectabunaderulare a activităților,

- săfiu de acord ca, înperioadaincluderiiîn program, specialiștii care intervinînprocesul meu terapeuticsăaibăacces la datelepersonalecuprinseînDosarul individual,

- să respect regulile de desfășurare a programuluiterapeutic.

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

Semnăturabeneficiarului, Psiholog,