

ACCORDO OPERATIVO per la Facilitazione PSYCH-K®

il Sig. /la Sig.ra _____,
nato/a _____, il _____,
residente a _____, in Via _____
C.F. _____ tel. _____

DICHIARA DI ESSERE STATO RESO EDOTTO CHE:

A) In quanto **Istruttrice Internazionale Certificata di PSYCH-K®, Facilitatrice PSYCH-K® e Operatore Olistico** iscritto nei **registri di certificazione professionale S.I.A.F.** della Regione Piemonte in data 16/06/2014, n. codice **PI-1216T-OP** con il livello di certificazione **Trainer**,

nella facilitazione dei processi di PSYCH-K® con il sottoscritto Partner:

- Sono tenuta all'osservanza del Codice Deontologico previsto dalle norme di certificazione di qualità professionale, che prevede anche l'obbligo al segreto professionale, derogabile solo previo, valido e dimostrabile consenso del Partner;
- Le prestazioni sono finalizzate ad esaminare, insieme al Partner, la richiesta d'aiuto e a utilizzare i bilanciamenti di PSYCH-K® con lo scopo di attivare i processi naturali di auto-guarigione propri del sistema mente/corpo. Si sottolinea che i processi di PSYCH-K® sono strettamente limitati alla modifica delle credenze subconscie, al fine di integrare - e non sostituire - i comuni, consueti e normali trattamenti e le cure mediche praticate da specialisti qualificati.
- I processi di PSYCH-K® non sono volti ad effettuare diagnosi mediche, né a sostituire trattamenti medici. PSYCH-K® non è atto a trattare, guarire o curare affezioni, malattie, disabilità fisiche, problemi di tipo medico o disturbi psichici, in forma cronica o acuta. PSYCH-K® non sostituisce in alcun modo cure mediche appropriate o terapie professionali per problemi mentali.
- Anche se i bilanciamenti di PSYCH-K® possono indurre l'attenuazione di sintomi o di disturbi, ciò non è ascrivibile al servizio reso dal professionista, ma alla capacità del cliente di accedere alle proprie risorse personali;
- I benefici e gli effetti conseguibili mediante le facilitazioni PSYCH-K® sono il miglioramento del benessere individuale e relazionale, la riduzione dello stress ed un maggiore equilibrio emozionale.
- Non trattandosi di terapia, il numero complessivo di incontri individuali non può essere definito a priori, anche se sono stati concordati a grandi linee obiettivi, tempi e modalità;
- La durata e la frequenza degli incontri sarà valutata in base alla richiesta e alla disponibilità del Partner e del Facilitatore;
- La consulenza specialistica potrebbe in alcuni casi rivelarsi inefficace o non in grado di produrre gli effetti desiderati. In tal caso sarà mia cura informare tempestivamente il Partner e valutare insieme come procedere.

B) In quanto **Partner che richiede la consulenza specialistica di una facilitazione PSYCH-K®**, prendo atto di quanto segue:

- Sono responsabile della mia vita e del suo dispiegarsi. Come espressione di tale responsabilità, io cerco assistenza con le credenze che manifestano la mia realtà, ma la reale manifestazione di tale realtà dipende solo da me, pertanto esonero Irene Menis da responsabilità personali per qualsivoglia danno, perdita, trauma, o responsabilità legali di qualsiasi genere che io possa esperire come risultato dall'aver riposto la mia fiducia nei processi di PSYCH-K® e per avere attivato la risposta naturale di auto-guarigione del mio sistema mente/corpo;
- Riconosco che PSYCH-K® non è un'alternativa a diagnosi mediche del mio medico curante o di altro operatore sanitario professionista. Se avessi domande specifiche riguardanti l'ambito medico è mia esclusiva responsabilità scegliere se consultare un medico o un altro operatore sanitario professionista. La Facilitazione di PSYCH-K® non crea un rapporto medico-paziente;
- Mi impegno a non insegnare a terzi alcun processo di PSYCH-K® che posso imparare o intuire. Riconosco che lasciando la Facilitazione di PSYCH-K® nelle mani di coloro che sono stati specificamente formati a questo scopo, aiuto a mantenere l'integrità di detti processi, e ciò si traduce in un beneficio per me e per tutti coloro che usano PSYCH-K®.
- Dichiaro di non presentare patologie o malattie di significata rilevanza clinica tale da poter ostacolare la consulenza specialistica richiesta;
- Per qualsiasi contenzioso o per attivare delle procedure di reclamo, posso rivolgermi al servizio clienti presso il sito dell'ente di certificazione S.I.A.F. al link: www.siafitalia.it/servizio-clienti.html

TUTTO CIO' PREMESSO, IL PARTNER E LA FACILITATRICE – NOME COGNOME - CONCORDANO:

A.) Di svolgere un incontro individuale/percorso di 5 sessioni, in data _____, dalle ore _____, (giorno e ora potranno concordemente essere modificate), nell'intesa che l'ora consulenziale è di 60' (minuti).

B.) Gli incontri avverranno a distanza su Zoom/Skype o _____ .

C.) Di dare avviso circa l'eventuale disdetta dell'appuntamento entro le 24 ore precedenti l'incontro, salvo che l'impedimento sia dovuto a cause di forza maggiore.

D.) La scadenza naturale del presente Contratto coincide con il termine degli incontri programmati.

E.) La conclusione del rapporto può avvenire anche anticipatamente, in qualunque momento, su iniziativa del Partner e/o della Facilitatrice. Questi in tal caso s'impegnano a dare comunicazione dell'intenzione di sciogliere il contratto almeno una settimana prima, in modo da poter programmare un incontro finale.

F.) Gli incontri si svolgono nel rispetto dei principi di etica e deontologia professionale. In particolare, il Professionista agisce nel rispetto dell'obbligo di tutela del Partner e di riservatezza sia in ordine ai dati personali e sensibili del Partner, sia a tutte le informazioni di cui viene a conoscenza nel corso della facilitazione.

Data, _____

Firma del Partner

Firma della Facilitatrice

