

NR.

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,