

CONTRATTO DI PRESTAZIONE D'OPERA INTELLETTUALE (Artt. 2229-2238 Cod. Civ.)

PRESTAZIONE PROFESSIONALE NON ORGANIZZATA IN ORDINI o COLLEGI (L. n.4/2013)

Il/La sottoscritto/a CLIENTE:

Nome	
Cognome	
Lugo e data di nascita	
Luogo di residenza	
Codice Fiscale	
Documento di identità	si allega copia fotostatica che autocertifica la piena conformità all'originale in possesso
Tel.	
Fax	
Cell.	
E-mail	

debitamente informato/a da Massimiliano Babusci, nato a Roma il 12/07/1966 e residente a Milano in Piazza Vesuvio, 8 in qualità di professionista, Facilitatore di Discipline Evolutive, Coach e/o Counselor – P.I.: 06663700968 / C.F.: BBS MSM 66L12 H501W – Tel. +39.335.324308 / +39.02.48027070 / Fax +39.02.43510081 – max@massimilianobabusci.it - massimilianobabusci@globalmail.it (PEC) - www.massimilianobabusci.it - Polizza assicurativa professionale: UNIPOL Sai ASSICURAZIONI N° 181355500. Professionista iscritto al n° 001 del registro AIDE – Associazione Italiana di Discipline Evolutive – www.aideitalia.com (In caso di segnalazioni sull'operato del professionista: sportelloutente@aideitalia.com)

PREMESSO

a) che il **Facilitatore di Discipline Evolutive** è un esperto in **relazione di sviluppo della presenza e della consapevolezza per il Ben-Essere globale della persona**, pertanto attiva un processo relazionale con uno o più Clienti (individui, famiglie, gruppi o istituzioni), che ha l'obiettivo di attivare un naturale processo di trasformazione e di crescita personale per temi di natura non psicopatologica e, in tale ambito, nel prendere decisioni, gestire crisi, migliorare relazioni, sviluppare risorse, promuovere e sviluppare la consapevolezza personale su specifici argomenti.

Il Facilitatore di Discipline Evolutive educa, attraverso differenti tecniche o strade di consapevolezza, da AIDE chiamate discipline evolutive, che si caratterizzano in base al metodo o disciplina di prevalenza.

Tali discipline/specializzazioni, **non** si prefiggono la cura di specifiche patologie, non sono riconducibili alle attività di cura e riabilitazione fisica e psichica della popolazione erogate dal servizio sanitario.

b) che il Facilitatore di Discipline Evolutive è la Figura Professionale che, con le proprie competenze, è in grado di attivare il potenziale umano per favorire benessere ed equilibrio a ciò che crea disagio ad un individuo o un gruppo di individui. E' responsabilità del Facilitatore di Discipline Evolutive operare nell'ambito delle competenze che gli sono proprie e per le quali ha avuto una formazione adeguata e mantenuta attraverso l'attestazione di qualità e qualificazione dei servizi professionali ai sensi della Legge n.4/2013.

c) che il modello teorico operativo cui il Facilitatore di Discipline Evolutive fa riferimento è in particolare il Modello Evolutivo, offrendo un approccio globale al benessere della persona, per una visione unitaria dell'essere umano, che considera l'individuo nella sua totalità, quindi come una unità tra corpo, mente e spirito, promuovendo strumenti per la crescita e la trasformazione umana per il recupero ed il mantenimento del benessere psicofisico e per lo sviluppo della coscienza di sé.

SI STIPULA E CONVIENE

ART.1 PREMESSE

Le premesse di cui sopra costituiscono parte integrante del presente contratto.

ART.2 OGGETTO

Il presente contratto ha ad oggetto la prestazione di coaching, counseling o consulenza come descritta in premessa. Gli incontri del Facilitatore di Discipline Evolutive si configurano in un rapporto professionale, fondato esclusivamente sulla relazione interpersonale e che tali incontri non hanno alcuna finalità diagnostica, terapeutica e curativa né psicologica e né medica, quindi, durante gli incontri di Counseling non saranno effettuate attività professionali riservate e tipiche esclusivamente alla professione del medico ed alla professione dello psicologo, dello psicoterapeuta e dello psichiatra. In alcuni casi si potranno svolgere anche programmi formativi o sessioni collettive che l'operatore potrà facilitare anche con l'ausilio di colleghi;

A tal fine si precisa che lo strumento principale è il dialogo tra il cliente ed il professionista e che questo non si configura in alcun modo né come "colloquio psicologico" né come "colloquio clinico" non avendo alcuna finalità di anamnesi, diagnostica, terapeutica né curativa. Nel dialogo si integrano strumenti di correlazione sistemica e di rappresentazione, comprese le costellazioni familiari secondo il metodo di Bert Hellinger, oltre ad alcuni elementi di comunicazione autentica, atti a far

emergere eventuali disarmonie relazionali. Il professionista olistico lavorerà nel qui e ora, con le risorse del cliente, perlopiù senza fornire consigli comportamentali, ma solo aiutando il cliente ad ampliare le diverse percezioni della realtà che vive, a far emergere il suo linguaggio autentico, a promuovere atteggiamenti attivi e propositivi stimolando le capacità di scelta;

Qualora il Facilitatore di Discipline Evolutive rilevasse la necessità di un intervento più specifico per la persona indirizzerà a figure professionali di riferimento specifiche e tal fine specializzate.

La prestazione professionale si svolgerà nel rispetto dei principi di etica e deontologia professionale indicati nella Carta Etica e nel Codice Deontologico Professionale per i Facilitatore di Discipline Evolutive dell'Associazione Professionale di Categoria AIDE – Associazione Italiana di Discipline Evolutive e che in particolare il professionista è tenuto al segreto professionale e garantisce la riservatezza su quanto avverrà durante lo scambio di mail e gli incontri, sull'esistenza degli stessi, sia durante la prestazione che dopo il suo completamento, tranne i casi di obblighi di Legge imposti dalle Autorità Sanitarie e/o Giudiziarie ma sempre nel rispetto delle norme vigenti e del segreto professionale.

Alcune tecniche utilizzate dal professionista potrebbero necessitare di informazioni sullo stato di salute del cliente per poterne valutare, assieme al medico curante, la possibilità di utilizzo. A tal fine il professionista potrebbe essere autorizzato a contattare medici per un confronto e una collaborazione.

Tali informazioni non saranno oggetto di anamnesi, di diagnosi, di terapia né di cura che, si ricorda, sono attività tipiche e riservate delle professioni sanitarie. Non saranno oggetto di trattamento di dati sensibili quindi non soggetti ad essere raccolti né conservati.

Art.3 DURATA

La prestazione professionale sarà erogata a richiesta del cliente.

La scadenza naturale del contratto coincide con il termine di ogni singolo incontro avendo entrambi le parti la facoltà di interrompere il rapporto in qualsiasi momento.

Art. 4 Compenso e rimborsi spese

Il compenso lordo per le attività di cui alla presente scrittura, onnicomprensivo anche dell'utilizzo, da parte del Facilitatore di Discipline Evolutive di propri mezzi, viene pattuito in € 133 oltre I.V.A. per le sessioni individuali e di coppia. In caso di programmi formativi o di sessioni collettive, anche multisessione, il programma degli incontri e il prezzo sarà espresso nella relativa brochure informativa o nel documento di presentazione, in forma cartacea o digitale. A tal proposito, in caso di partecipazione ai programmi formativi o alle sessioni collettive dichiaro di aver preso visione della brochure e/o del documento di presentazione e di accettarlo espressamente. Il pagamento del compenso complessivo avverrà al termine di ogni incontro, se non diversamente ed espressamente pattuito. Entro 10 giorni dal pagamento, il Facilitatore di Discipline Evolutive è tenuto a rimettere la fattura. A tal fine si ricorda che la prestazione professionale non ha natura sanitaria.

Il sottoscritto _____ dichiara, altresì, di essere stato debitamente informato dal professionista Massimiliano Babusci che la propria prestazione professionale utilizza tecniche che non costituiscono attività sanitaria, conseguenza di ciò è che non verrà svolta alcuna anamnesi, alcuna diagnosi, non sarà prescritta quindi alcuna terapia né cura. Detta prestazione professionale non sostituisce in alcun modo le cure sanitarie e le terapie mediche. Il professionista Massimiliano Babusci presterà la propria attività professionale quale prestazione integrativa, collaterale e/o complementare rispetto ad eventuali terapie e cure in essere e non incompatibili.

A tal fine autorizza il professionista Massimiliano Babusci a contattare il Dott. _____ per un confronto e per la verifica della compatibilità di cui sopra.

Detta attività non costituirà in nessun caso anamnesi, né diagnosi, né terapia o cura e di conseguenza non verranno raccolti né conservati i dati sanitari del cliente.

Art. 5 Foro competente e clausole finali

Ogni controversia relativa al presente contratto sarà di esclusiva competenza del Foro di Milano.

Per tutto quanto non espressamente previsto nel presente contratto, si rinvia alle disposizioni di cui agli articoli 2222 e ss. c.c..

Letto, approvato e sottoscritto

_____, li _____

Cliente

Professionista

Firma (leggibile)

Massimiliano Babusci

Per quanto occorrer possa, si approvano specificamente – ai sensi e per gli effetti di cui agli art. 1341, comma 2°, e 1342, c.c. – i seguenti articoli: 3, 4 e 5.

Cliente

Professionista

Firma (leggibile)

Massimiliano Babusci

Il cliente, inoltre,

DICHIARA:

a) ai sensi e per gli effetti del D.P.R. del 18 dicembre 2000 n.445 (autocertificazione sostitutiva di atto di notorietà) consapevole delle responsabilità anche penali per attestazioni e dichiarazioni false, di essere nel pieno della capacità legale, di non essere: minorenni, incapace naturale, inabilitato, interdetto giudiziale, sottoposto ad amministrazione di sostegno.

Se minore di anni diciotto: il genitore, i genitori o il curatore speciale esercente la rappresentanza legale

Nome	
Cognome	
Lugo e data di nascita	
Luogo di residenza	
Codice fiscale	
Documento di identità <small>si allega copia fotostatica con autocertificata la piena conformità all'originale in possesso</small>	
<input type="radio"/> Coniugato/a <input type="radio"/> Separato/a <input type="radio"/> Divorziato/a <input type="radio"/> Vedovo/a	In caso di separazione o divorzio: <input type="radio"/> affidamento congiunto <input type="radio"/> genitore affidatario <input type="radio"/> genitore non affidatario
Nome	
Cognome	
Lugo e data di nascita	
Luogo di residenza	
Codice fiscale	
Documento di identità <small>si allega copia fotostatica con autocertificata la piena conformità all'originale in possesso</small>	
Atto che indichi i poteri del legale rappresentante (da allegare)	

Se maggiorenne ma incapace, inabilitato o interdetto: il curatore speciale, il tutore o l'amministratore di sostegno

Nome	
Cognome	
Lugo e data di nascita	
Luogo di residenza	
Codice fiscale	
Documento di identità <small>si allega copia fotostatica con autocertificata la piena conformità all'originale in possesso</small>	
Atto che indichi il titolo ed i poteri del legale rappresentante (da allegare)	

b) il conferimento dei dati è facoltativo, ma è necessario per l'instaurazione e la prosecuzione del rapporto professionale;

c) al fine dello svolgimento dell'attività professionale, anche in adempimento di obblighi legali e fiscali, sarà necessario operare il trattamento di dati personali e sensibili, che verranno raccolti, conservati, trattati, eventualmente trasmessi nel rispetto dei principi di correttezza, liceità e trasparenza, con modalità manuali e/o informatiche, in ogni caso idonee a proteggere la mia riservatezza ed i miei diritti secondo quanto disposto dal D. Lgs. n.196/2003 e dal REG. UE 2016/679 la cui informativa e consenso sono allegati al presente contratto.

e) di impegnarmi ad utilizzare il materiale connesso al rapporto professionale soltanto ai fini del mio percorso personale, e a non divulgare, distribuire, inviare nessun materiale inerente le sessioni effettuate.

f) di essermi consultato/a con il mio medico curante e di non avere patologie fisiche o psichiche in atto, che comunque mi impegno a riferire immediatamente al/alla Counselor

_____ e che lo/la stesso è disponibile ad un colloquio informativo con il medico curante, laddove questi ne ravvisi la necessità, che fin da ora autorizzo al trattamento dei miei dati personali e sensibili, a tal fine ritenuti utili dagli stessi.

g) di assumersi ogni responsabilità relativa alla mia persona e per danni procurati a terzi e/o cose durante gli incontri.

h) di comprendere la lingua italiana e di aver letto quanto sopra, di comprenderne il significato, di aver ottenuto ogni spiegazione da me richiesta.

Luogo, data ed ora _____

Letto e approvato

Firma (leggibile)

Firma del professionista olistico che ha dato informativa
