



SIAF Italia

Associazione di Categoria Professionale

Via D.M. Manni 56/rosso 50135 Firenze - C.F. 92018180429 -

www.siafitalia.it

CONSENSO INFORMATO CONSULENZA/FORMAZIONE PER LE AZIENDE

La sottoscritta, Dott.ssa Maria Rossi, professionista disciplinato ai sensi della L. 4/2013 prima di rendere le proprie prestazioni professionali in favore dell'Azienda

Via _____ n° _____,

Città _____, Cap _____

fornisce le seguenti informazioni:

- ✓ Di essere un professionista che da oltre _____ anni si occupa di Formazione/Consulenza nelle aziende favorendo forza e stabilità all'identità aziendale con evoluzioni praticabili e risolutive per la funzionalità produttiva dell'azienda;
- ✓ Attraverso un approccio umano fatto di ascolto e di dialogo aiuta a risvegliare le qualità dei Clienti/Aziende facilitando l'emergere dei punti di forza e dei talenti dei singoli e dei gruppi;
- ✓ La prestazione erogata non è di natura sanitaria e/o terapeutica;
- ✓ La durata e la frequenza degli incontri sarà valutata in base alla richiesta del Cliente/Azienda e alla disponibilità del professionista.

Dopo esauriente colloquio esplicativo di quanto sopra riportato, avvenuto in data __/__/__, si invita il Cliente a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

Il/la Sig./Sig.ra/Dott./Dott.ssa _____ dichiara di aver compreso quanto spiegatogli/le dal professionista qui sopra riportato e decide a questo punto con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali della Sig.ra/Dott.ssa _____ come sopra descritte, accettandone le precisazioni connesse parimenti sopra descritti.

_____, li __/__/__

In fede

Firma _____