*Załącznik nr 5 do Regulaminu świadczenia usług przez Centrum Wsparcia Psychologiczno-Terapeutycznego Uniwersytetu Opolskiego*

# KONTRAKT
# ŚWIADCZENIA USŁUG PRZEZ CENTRUM WSPARCIA PSYCHOLOGICZNO-TERAPEUTYCZNEGO UNIWERSYTETU OPOLSKIEGO

Zawarty dnia _____, w _____, pomiędzy:

.....
imię i nazwisko osoby otrzymującej wsparcie)
zwaną/zwanym dalej: Klientem

a

psychologiem
/psychoterapeutą .....
(imię i nazwisko osoby udzielającej wsparcia)

zwaną/zwanym dalej: Terapeutą

1. Terapeuta zobowiązuje się do poddawania swojej pracy systematycznej **superwizji**.
2. Sesja rozpoczyna się o określonej godzinie i trwa **50 minut**, spóźnienie się na sesje nie powoduje jej wydłużenia.
3. W przypadku spóźnienia więcej niż 10 minut, konsultacja zostaje odwołana.
4. Obowiązkiem terapeuty jest zachowanie tajemnicy zawodowej oraz pełnej dyskrecji dotyczącej przebiegu terapii oraz danych osobowych Klienta.
5. Z tajemnicy zawodowej Terapeuta zwolniony jest tylko w przypadku uzasadnionego podejrzenia, że Klientowi lub komuś z jego otoczenia grozi niebezpieczeństwo utraty zdrowia lub życia. Z tajemnicy zawodowej Terapeuta może być zwolniony również przez sąd oraz w przypadkach przewidzianych w powszechnie obowiązujących przepisach prawa.
6. Klient wyraża zgody na:
   1) dokonywanie zapisów z sesji psychoterapeutycznych dla celów **superwizji.**
   2) kontakt Terapeuty z osobami:*
      a) .....
      b) .....
      c) ..... .

***** ***nieobowiązkowe***

_____ _____
Data i czytelny podpis Klienta Data i podpis terapeuty