**ACORD DE CONSIMȚĂMÂNT PENTRU PARTICIPAREA ÎN GRUPUL DE SUPORT ONLINE PENTRU DOLIU**

**Nume organizație/facilitator:** \_\_\_DIANA ENCEA\_\_\_\_
 **Numele participantului:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 **Data:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**1. NATURA ȘI SCOPUL GRUPULUI DE SUPORT**

Înțeleg că acest grup de suport online pentru doliu este conceput pentru a oferi un spațiu sigur de împărtășire și suport mutual între persoane care au experimentat pierderi semnificative. Grupul este facilitat de Diana Encea și se va desfășura timp de 8 săptămâni consecutive, cu sesiuni săptămânale de 90 de minute.

**Înțeleg că:**

* Grupul de suport nu este o formă de terapie medicală sau psihologică
* Nu înlocuiește tratamentul individual specializat
* Nu oferă diagnostic sau tratament pentru tulburări mentale
* Este un serviciu de suport bazat pe știință, cunoștere academică, experiență și dezvoltare personală

**2. BENEFICII ȘI RISCURI**

**BENEFICII POTENȚIALE:**

* Reducerea izolării și sentiment de conectare cu alții
* Învățarea de strategii de coping de la alți participanți
* Dezvoltarea abilităților de comunicare și exprimarea emoțiilor
* Creșterea înțelegerii propriei experiențe de doliu
* Suport emoțional în procesul de vindecare

**RISCURI POTENȚIALE:**

* Pot apărea emoții intense în timpul sau după sesiuni
* Rememorarea evenimentelor dureroase poate cauza disconfort temporar
* Conflicte interpersonale în cadrul grupului
* Retraumatizarea prin ascultarea experiențelor altora
* Probleme tehnice care pot întrerupe participarea

**Accept aceste riscuri și înțeleg că sunt responsabil/ă pentru propriul meu bine emoțional.**

**3. CONFIDENȚIALITATEA**

**CONFIDENȚIALITATEA GRUPULUI:**

* **MĂ ANGAJEZ** să păstrez confidențialitatea tuturor informațiilor împărtășite de ceilalți participanți
* **NU VOI DISCUTA** în afara grupului identitatea celorlalți participanți sau conținutul discuțiilor
* **NU VOI CONTACTA** alți participanți în afara sesiunilor fără acordul lor explicit și al facilitatorului
* **NU VOI FACE ÎNREGISTRĂRI** audio, video sau screenshot-uri în timpul sesiunilor

**LIMITELE CONFIDENȚIALITĂȚII:**

Înțeleg că facilitatorul poate încălca confidențialitatea în următoarele situații:

* Risc iminent de suicid sau autovătămare
* Risc de violență împotriva altcuiva
* Abuz asupra unui minor sau adult vulnerabil
* Ordin judecătoresc legal

**4. PARTICIPAREA ONLINE - ASPECTE TEHNICE**

**CERINȚE TEHNICE:**

* **Conexiune internet stabilă** pentru a putea participa constant
* **Cameră video funcțională** - participarea cu camera închisă este permisă doar în situații excepționale
* **Microfon de calitate** pentru comunicare clară
* **Spațiu privat** unde nu voi fi întrerupt/ă în timpul sesiunilor

**SECURITATEA ONLINE:**

* **Înțeleg** că, deși se folosesc platforme securizate, există riscuri inerente comunicării online
* **MĂ ANGAJEZ** să nu înregistrez sau să capturez în niciun fel sesiunile
* **VOI FOLOSI** doar dispozitivele mele personale pentru a accesa sesiunile
* **VOI IEȘI** complet din platforma online la sfârșitul fiecărei sesiuni

**5. REGULILE GRUPULUI**

**MĂ ANGAJEZ SĂ RESPECT URMĂTOARELE:**

**Prezența și punctualitatea:**

* Să particip la toate cele 8 sesiuni programate
* Să ajung punctual la sesiuni
* Să anunț din timp dacă nu pot participa la o sesiune

**Comportamentul în grup:**

* Să respect timpul de vorbire al fiecărui participant
* Să nu întrerup și să practic ascultarea activă
* Să nu ofer sfaturi nesolicitate
* Să nu judec experiențele sau alegerile altora
* Să folosesc un limbaj respectuos și non-violent

**Substanțele și starea mentală:**

* Să nu particip sub influența alcoolului sau a drogurilor
* Să anunț facilitatorul dacă trec printr-o criză majoră de sănătate mentală
* Să caut ajutor profesional suplimentar dacă este necesar

**6. SITUAȚII DE URGENȚĂ**

**Înțeleg că în cazul unei crize de sănătate mentală:**

* Facilitatorul poate întrerupe sesiunea pentru a-mi oferi atenție individuală
* Pot fi îndrumat/ă către servicii de urgență specializate
* Pot fi contactate persoanele de urgență din formularul meu de înscriere

**În caz de urgență psihiatrică voi contacta:**

* Serviciul de urgență: 112
* Linia de prevenire suicid: 0800.801.200
* Persoana mea de contact: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**7. EXCLUDEREA DIN GRUP**

**Înțeleg că pot fi exclus/ă din grup pentru:**

* Încălcarea confidențialității
* Comportament violent, amenințător sau inadecvat
* Participarea sub influența substanțelor
* Absențe nemotivate repetate (peste 2 sesiuni)
* Încălcarea gravă a regulilor grupului

**În caz de excludere, nu voi primi rambursarea taxelor plătite.**

**8. ASPECTE FINANCIARE**

**Costul total al programului:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1200\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ lei
 **Modalitatea de plată:** \_\_\_\_transfer bancar\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Cost ședință:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_150 lei\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 **Politica de rambursare:** Rambursarea se poate face doar în primele 2 sesiuni și doar în cazuri justificate medical sau de forță majoră.

**9. LIMITĂRI ȘI RESPONSABILITĂȚI**

**Înțeleg că:**

* Facilitatorul nu este responsabil pentru rezultatele sau consecințele participării mele
* Sunt singurul responsabil pentru propriile decizii și acțiuni
* Grupul nu garantează vindecarea sau ameliorarea simptomelor
* Pot întrerupe participarea oricând, dar se recomandă discutarea cu facilitatorul

**Facilitatorul nu va fi responsabil pentru:**

* Probleme tehnice care împiedică participarea
* Consecințele emoționale ale participării
* Conflicte între participanți în afara sesiunilor
* Folosirea necorespunzătoare a informațiilor primite în grup

**10. ACORDUL MEU PRIVIND DATELE PERSONALE (GDPR)**

**Sunt de acord ca datele mele personale să fie prelucrate pentru:**

* ☐ Organizarea și facilitarea sesiunilor de grup
* ☐ Contactarea în situații de urgență
* ☐ Trimiterea de materiale suport între sesiuni
* ☐ Evaluarea eficacității programului (date anonimizate)

**NU sunt de acord ca datele mele să fie folosite pentru:**

* ☐ Marketing sau promovare
* ☐ Cercetare (chiar și anonimizată)
* ☐ Contactarea pentru programe viitoare

**Înțeleg că:**

* Pot solicita ștergerea datelor mele după finalizarea programului
* Am dreptul să îmi retrag consimțământul oricând
* Datele mele vor fi păstrate securizat și vor fi șterse după maxim 2 ani

**11. CONSIMȚĂMÂNTUL FINAL**

**Am citit și înțeleg pe deplin acest acord.** Toate întrebările mele au primit răspunsuri satisfăcătoare. Înțeleg riscurile și beneficiile participării și accept să particip voluntar în acest grup de suport.

**Înțeleg că pot întrerupe participarea oricând, dar mă angajez să discut această decizie cu facilitatorul înainte de retragere.**

**Confirm că:**

* ☐ Am citit integral acest document
* ☐ Am înțeles toate clauzele și implicațiile
* ☐ Am avut oportunitatea să pun întrebări
* ☐ Particip voluntar și din proprie inițiativă
* ☐ Am o copie a acestui acord pentru arhiva personală

**SEMNĂTURI**

**Participantul:** Nume: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 Semnătura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Facilitatorul:** Nume: \_\_DIANA ENCEA\_\_\_\_\_
 Semnătura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 Data: \_\_\_\_12.06.2025\_\_\_\_

**EXEMPLAR:** ☐ Pentru participant ☐ Pentru facilitator

**Pentru situații de urgență în timpul programului:** **Telefon facilitator:** \_\_0724417136\_\_
 **Email facilitator:** diana@dianaenceaterapie.com\_\_\_\_
 **Ore de disponibilitate:** \_\_ L – V 12,30 - 18\_\_\_