

ahcp

NOME _____

MORADA _____

CÓDIGO POSTAL / CIDADE _____

TELEFONE _____

TELEMÓVEL _____

E-MAIL _____

WEBPAGE _____

NIF _____

DATA DE EXAME DIPLOMA _____

NOME COMO DEVERÁ CONSTAR NO CERTIFICADO DE MEMBRO E ESTACIONÁRIO _____

Aceito que a inscrição como membro associado/efectivo da Associação de Hipnose Clínica de Portugal (AHCP) é acessível apenas a quem tenha completado o curso Diploma ou Practitioner em Hipnose Clínica num estabelecimento educacional reconhecido pela AHCP. A AHCP reserva-se o direito de recusar a inscrição de alunos provenientes de estabelecimentos que não reconheça.

JUNTO COMPROVATIVO DE TRANSFERÊNCIA PARA O IBAN AHCP PT50 0269 0124 0020 1030 4973 9 NO VALOR DE €100, A TÍTULO DE JÓIA.

ACEITO OS ESTATUTOS DA ASSOCIAÇÃO DE HIPNOSE CLÍNICA DE PORTUGAL.

ASSINATURA

DATA

POR FAVOR ENVIAR PARA A SEDE DA AHCP EM:

ahcp

EU, _____

ACEITO E COMPROMETO-ME A ACEITAR E RESPEITAR O CÓDIGO DE ÉTICA E OS ESTATUTOS DA AHCP.:

- 1** Terei sempre uma conduta profissional e digna da minha prática de hipnose clínica. Não irei, em quaisquer circunstâncias, infringir o código ético da minha profissão ou cometer alguma falha que se venha a reflectir negativamente sobre mim próprio, a AHCP, a LCCH ou os meus colegas hipnoterapeutas.
- 2** Em nenhuma circunstâncias, oferecerei ou prometerei curas para quaisquer problemas que os pacientes apresentem.
- 3** Não farei qualquer apresentação ou demonstração de hipnose enquanto forma de entretenimento (hipnose de palco) ou me envolverei em actividades que possam desacreditar a actividade hipnoterapêutica.
- 4** Não entrarei nunca numa relação de natureza sexual com qualquer paciente a meu cargo, nem explorarei os meus pacientes passados, presentes ou futuros, seja financeira ou emocionalmente.
- 5** Informarei os meus pacientes sobre a questão da confidencialidade logo na primeira sessão.
- 6** Aceito que qualquer paciente que me seja recomendado por um médico deve manter-se sob a responsabilidade desse profissional, comprometendo-me por isso a mantê-lo a par de todos os progressos do paciente através de relatórios escritos.
- 7** Em nenhuma circunstância aconselharei os meus pacientes a alterar qualquer tratamento prescrito pelo médico.
- 8** Respeito a integridade de outros profissionais reconhecidos da área da saúde.
- 9** Não apresentarei qualificações que não tenho nem usarei títulos a que não tenho direito.
- 10** Não me tornarei membro de qualquer organização que tenha sido considerada publicamente perigosa ou fraudulenta, ou que de alguma forma cause detrimento à actividade da Hipnoterapia.
- 11** Aceito a autoridade da Direcção da Associação em relação a quebras do Código de Ética. Compreendo que a Direcção da AHCP pode suspender ou cancelar a minha qualidade de membro em caso de processo disciplinar, em conformidade com o Código de Ética e Estatutos publicados pela AHCP - Associação de Hipnose Clínica de Portugal.

PROMETO SOLENEMENTE CUMPRIR O CÓDIGO DE ÉTICA ACIMA REFERIDO.

ASSINATURA

DATA

RUA CONSELHEIRO MARTINS DE CARVALHO, N.º 23, 6.º ESQ 1400 – 069 LISBOA