

## CONSENSO INFORMATO

Cognome .....Nome ..... Data di nascita .....  
Indirizzo ..... Località ..... Telefono .....  
e-mail ..... Identificativo .....

Io sottoscritto /a .....  
pienamente informato del fatto che ..... esercita la professione di  
Dermoriflessologo (Legge 14 gennaio 2013, n. 4), autorizzo volontariamente e intenzionalmente  
lo svolgimento di sessioni individuali di Indagine e di Riequilibrio Energetico secondo le modalità  
illustratemi.

- Il consenso è basato sull'assenza di qualsiasi pressione e condizionamento esterni, esercitando il diritto individuale alla massima libertà di scelta a proposito degli interventi relativi alla propria salute.
- La seduta di Indagine ha lo scopo di individuare gli squilibri energetici personali.
- La seduta di Trattamento ha lo scopo di riequilibrare lo stato energetico personale, in armonia con l'ambiente esterno.
- Nel corso della seduta di Indagine e Trattamento non avranno luogo interventi invasivi, né somministrazione o prescrizione di farmaci di alcun genere.
- Al termine della seduta di Indagine e Trattamento non avrà luogo alcuna prescrizione, bensì potranno essere espressi consigli atti a migliorare la qualità della vita e il mantenimento della salute.
- Dichiaro inoltre di non essere portatore di pacemaker (elettrostimolatore cardiaco) e, se di sesso femminile, di non essere in stato di gravidanza.

Luogo..... Data .....

Per autorizzazione .....

*N.B. I dati personali riportati su questo documento non verranno divulgati in alcun modo e conservati in luogo inaccessibile a terzi.*