

CONSENSO INFORMATO

Cognome Nome Data di nascita

Indirizzo Località Telefono

e-mail

Identificativo

Io sottoscritto/a
pienamente informato del fatto che il Sig. Gandini Flavio esercita la professione di Dermoriflessologo nell'ambito del settore Benessere, 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.

Luogo.....

Data

Per autorizzazione

.....