

## 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 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.
- La seduta di Indagine e Trattamento non sarà seguita da 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) o altre apparecchiature elettroniche<sup>(1)</sup> per la gestione delle funzioni vitali e, se di sesso femminile, di non essere in stato di gravidanza<sup>(2)</sup>.

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, in ottemperanze alle vigenti regole in materia di privacy.*

---

(1) per motivi di sicurezza è da escludere l'utilizzo di strumentazioni elettroniche sia per quanto riguarda l'indagine, sia per il riequilibrio.

(2) L'indagine e il conseguente riequilibrio sono fattibili a patto di evitare la stimolazione delle Linee energetiche Id, VId, Ip e VIp.