

## Consenso e permesso di Operare

Cliente: \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_  
CF \_\_\_\_\_, Residente \_\_\_\_\_  
Cell \_\_\_\_\_

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiaro di essere maggiorenne, di non aver impedimenti mentali o patologici (per es. Diabete, malattie cardiovascolari, etc.) che mi impediscano di prendere spontaneamente la decisione di sottopormi alla pratica di Micropigmentazione o che me ne controindichino la possibilità.

Io sottoscritto/a autorizzo Mariotti Erika e chiunque egli/ella possa designare come suo/sua assistente, ad eseguire su me medesimo/a il seguente trattamento/i: \_\_\_\_\_ e se sopraggiunge una qualsiasi condizione imprevista durante il trattamento/i che lo/la induca a decidere di eseguire operazioni supplementari o diverse da quelle contemplate nella presente, chiedo altresì e l'autorizzo a fare tutto quanto ritiene consigliabile e necessario nella circostanza.

L'esito clinico, nel mio caso, è direttamente proporzionale alla natura della patologia, ossia mi sono stati pienamente illustrati la condizione rilevata, svelata o scoperta dall'operazione/i, gli eventuali metodi alternativi di trattamento e le possibilità di complicazioni. Riconosco che non è stata data alcuna garanzia o assicurazione in merito ai risultati ottenibili. Sono pienamente consapevole che, come per ogni trattamento di questo tipo, non si tratta di una scienza ma piuttosto di un'arte.

Mi rendo conto anche che maggiore sarà il mio contributo in termini di immobilità durante il tatuaggio, tanto maggiore sarà la precisione dello stesso. Sono stato informato riguardo le modalità di esecuzione, le caratteristiche delle attrezzature, dei prodotti e dei colori utilizzati.

Dichiaro di non avere allergie, di non avere assunto sostanze o medicinali fluidificanti prima di sottopormi a tale pratica, di non dovere sottopormi a risonanza magnetica nei prossimi trenta giorni. Nel caso di trucco semipermanente alle labbra, sono conscio/a di potere avere una manifestazione di Herpes labiale.

Sono conscio/a di potere avere necessità di una ulteriore seduta per fissare il colore e sono conscio/a che nell'arco del periodo di guarigione il colore subirà una modifica e che il colore reale non sarà visibile prima della completa guarigione.

Dichiaro che su di me è stata eseguita una prova di tollerabilità per i colori utilizzati in via di tatuaggio. Sono conscio/a del rischio di contrarre malattie infettive, del rischio emorragico, di possibili complicanze infettive e reazioni anomale della pelle e della possibilità di sviluppare nuove allergie. Sono conscio/a del fatto di non potere donare sangue per almeno quattro mesi. Accetto di seguire tutte le istruzioni post operatorie concernenti la cura della mia operazione di micropigmentazione durante la fase di rimarginazione. Convengo che qualsiasi lavoro di ritocco necessario, dovuto per mia negligenza, sarà effettuato a mie spese.

Accetto di far fotografare il tatuaggio eseguito e concedo il nulla osta per ogni tipo di pubblicazione dello stesso (cartacea, in foto, sul web, etc.).

Dichiaro inoltre di aver verificato personalmente la pulizia dei locali, la sterilizzazione degli strumenti e l'utilizzo di un ago monouso.

Sano di corpo e di mente, con la presente sollevo da ogni responsabilità la signora Mariotti Erika e certifico altresì che tutti gli spazi vuoti o dichiarazioni da inserire o completare sono stati compilati prima di apporre la mia firma.

Firma del cliente \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

Forma del disegno	
Colore utilizzato	
Note	

### **INFORMATIVA SULLA PRIVACY AI SENSI DEL DLGS 196/03**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ autorizzo ai sensi del Dlgs 196/03 e successive modifiche, alla raccolta ed il trattamento dei mie dati personali anche al fine di comunicazioni commerciali da parte di Indigena di Mariotti Erika.

In nessun caso i miei dati personali saranno divulgati a terzi a scopi commerciali. I dati forniti sono obbligatori in quanto necessari per lo svolgimento del rapporto contrattuale. I trattamenti potranno essere eseguiti usando supporti cartacei, informatici o telematici. Ai sensi dell'art. 7 del Decreto Legislativo 196/03, in qualsiasi momento, potrò aggiornare o modificare i miei dati personali. Ho, inoltre, il diritto di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati. Titolare e responsabile del trattamento dei miei dati personali è Erika Mariotti, via Santa Croce, 13 – 61010 Monte Cerignone (PU) Italia.

In fede \_\_\_\_\_