il Salice – studio di massofisioterapia e tecniche osteopatiche

MODULO DI CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO MASSOFISIOTERAPICO

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. / P.Iva \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di Genitore/Rappresentante Legale

di xxxCognome xxxNome, xxxCodFisc xxxPIva

xxxNascita

xxxResidenza

**DICHIARO**

di essere stato informato/a in modo chiaro, comprensibile ed esauriente da Marco De Canal massofisioterapista

* sul tipo di trattamento proposto: tecniche, materiali e mezzi utilizzati;
* sulle possibili conseguenze derivanti dalla mancata esecuzione del trattamento suddetto;
* sui benefici attesi, i rischi presunti e le eventuali complicanze ed effetti collaterali;
* sui comportamenti da mettere in atto onde evitare e/o limitare eventuali complicanze durante e dopo il trattamento;
* sulla possibilità di interrompere liberamente ed in qualsiasi momento il trattamento;
* sull’impossibilità a procedere nel trattamento in caso di mancata sottoscrizione del presente consenso.

**DICHIARO INOLTRE DI:**

* aver pienamente compreso quanto mi è stato verbalmente detto relativamente al trattamento proposto;
* aver avuto l’opportunità di porre domande chiarificatrici e di aver avuto risposte soddisfacenti;
* essere stato/a informato/a dei motivi che consigliano il trattamento proposto e sulla qualità della mia vita in caso di rifiuto;
* aver avuto il tempo sufficiente per decidere;
* essere consapevole che la decisione di accettare il trattamento proposto è volontaria e che posso ritirare il consenso in qualsiasi momento;
* essere stato/a informato/a che tutti i miei dati personali e di salute saranno trattati ai sensi del Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento di dati personali;
* essere stato/a informato/a che per ogni problema o eventuali ulteriori informazioni dovrò rivolgermi a Marco De Canal

**PERTANTO ACCONSENTO AL TRATTAMENTO**

San Giovanni in Marignano, xxxData

Nome e cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

De Canal Marco

P.IVA 04370000400

Via Vittorio Veneto 15/A, San Giovanni in Marignano (RN)