

ZGODA NA ZABIEG DLA MODELKI / MODELA

Zabieg wykonywany w ramach programu szkoleniowego

DANE OSOBOWE

Imię i nazwisko : _____

Adres : _____

Numer telefonu : _____

Email : _____

Data urodzenia : _____

☐ Ja niżej podpisana(y), świadomie udzielam zgody na przeprowadzenie zabiegu :

.....
(nazwa zabiegu)

w ramach programu szkoleniowego prowadzonego przez firmę :

.....
(nazwa salonu)

☐ Rozumiem, że zabieg przeprowadzony zostanie przez kursanta, który jest w trakcie nauki i doskonalenia swoich umiejętności. Rozumiem również, że zabieg wykonany zostanie pod nadzorem Instruktora / Szkoleniowca posiadającego odpowiednie wykształcenie i kwalifikacje zawodowe.

☐ Przyjmuję do wiadomości, że zabieg wykonywany przez osobę uczącą się może mieć niedoskonałości i może trwać dłużej niż zabieg wykonywany przez profesjonalistę.

☐ Zgadzam się na udział w zabiegu w roli modelki / modela i zostałam(em) poinformowana(y), że zabieg będzie przeprowadzony zgodnie z obowiązującymi standardami higieny, bezpieczeństwa oraz z użyciem profesjonalnych produktów do w/w zabiegu.

☐ Rozumiem, iż efekt końcowy zabiegu, w tym ewentualne niedające się przewidzieć skutki uboczne, uzależnione są od indywidualnych cech danego organizmu. W związku z tym nie będę rościć żadnych pretensji za efekt końcowy wobec osoby wykonującej zabieg, nadzorującej jego wykonywanie, a także wobec organizatora szkolenia.

☐ W przypadku wystąpienia niepożądanych objawów w trakcie lub po zabiegu zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania o tym organizatora szkolenia, wykonującego lub nadzorującego.

ZGODA NA PRZETWARZANIE SZCZEGÓLNYCH KATEGORII DANYCH OSOBOWYCH

☐ W związku z wyrażeniem zgody na wykonanie zabiegu, w celu minimalizacji zagrożeń związanych z jego wykonaniem, wyrażam zgodę na przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych zawartych w niniejszej zgodzie, a obejmujących informacje o wystąpieniu czynników stanowiących przeciwwskazania do zabiegu, informacje zawarte w wypełnionym przeze mnie formularzu stanu zdrowia czy informacje o innych schorzeniach. W przypadku podania nieprawdziwych informacji albo zatajenia prawdy biorę na siebie pełną odpowiedzialność za ewentualne negatywne skutki zabiegu i zrzekam się wszelkich roszczeń wobec osoby wykonującej, nadzorującej jego wykonywanie, a także wobec organizatora szkolenia.

Podpis modelki / modela :

Miejscowość, data :

Podpis Instruktora / Szkoleniowca :

Miejscowość, data :