

Modulo Informativa Privacy - Dott.ssa Chiara Morelli

Dati Genitore - Tutore:

Io sottoscritto: uiu hth

Codice Fiscale: trhh

Nato a: hwrthw

Data di nascita: 2000-05-15

Residente in: ntrn - CAP: nrt

Telefono: ntrt

Email: rnntw@nwr

Dati del Minore:

Nome: nrt

Codice Fiscale: ntr

Nato a: nrwtn

Data di nascita: 1900-05-15

Residente in: ntrn - CAP: ntrn

DICHIARO

di aver ricevuto dalla dott.ssa Chiara Morelli - anche dopo una prima valutazione chinesiology - informazioni chiare, comprensibili ed esaurienti:

- sulla tipologia delle sedute chinesilogiche proposte con riferimento al caso specifico anche riguardo alle tecniche, ai materiali, ai mezzi utilizzati, nonché alle finalità e modalità delle medesime;
- sui benefici attesi e sui motivi che consigliano le sedute chinesilogiche e sulle possibili conseguenze nel caso di rifiuto di svolgimento delle medesime;
- sulle possibili conseguenze derivanti dalla mancata e/o non corretta esecuzione delle sedute chinesilogiche ipotizzate;
- sugli eventuali effetti collaterali, rischi presunti ed eventuali complicanze che possono derivare dalle sedute chinesilogiche ipotizzate (es. aumento della sintomatologia

algica, comparsa di algie in zone diverse da quella trattata, vertigini, nausea);

- sui comportamenti da adottare per cercare di evitare e/o limitare eventuali complicanze durante ed in seguito alle sedute chinesiolgiche;
- sulla possibilità e modalità di interruzione delle sedute chinesiolgiche e sulle condotte utili a mantenere i benefici delle stesse e ad evitare eventuali complicanze;

DICHIARO INOLTRE

- di essere consapevole che senza la corretta attenzione alle regole comportamentali ed agli esercizi ipotizzati come indicati dalla dott.ssa Chiara Morelli, le sedute chinesiolgiche possono non produrre gli effetti desiderati, oltre che comportare possibili effetti collaterali;
- di aver pienamente compreso tutto quanto mi è stato riferito relativamente alle sedute chinesiolgiche ipotizzate e di non avere ulteriori domande da porre al professionista, così come da quest'ultimo specificatamente richiestomi e di aver ricevuto risposte complete e soddisfacenti;
- di accettare liberamente, spontaneamente ed in piena coscienza le sedute chinesiolgiche proposte, avendo avuto il tempo sufficiente per assumere tale decisione e per richiedere i chiarimenti resi dal professionista;
- di essere consapevole sull'impossibilità di procedere con le sedute chinesiolgiche ipotizzate in caso di mancata sottoscrizione del presente consenso;
- di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'inizio delle sedute chinesiolgiche;
- di non avere altre osservazioni o necessità di chiarimenti da parte della dott.ssa Chiara Morelli;
- di aver preso visione dell'informativa in calce al presente consenso.

N.B. Il presente consenso viene sottoscritto dall'interessato (quale genitore/tutore del minore) al momento del primo accesso presso Chiara Morelli e verrà ritenuto valido per tutti gli accessi successivi.

DICHIARAZIONI:

Dichiaro di essere stato informato in modo chiaro, comprensibile ed esauriente su:

- La tipologia delle sedute chinesiolgiche proposte

- I benefici attesi e le possibili conseguenze
- Gli eventuali effetti collaterali e i rischi
- I comportamenti da adottare

Invio materiale informativo via email: Autorizzo

Invio SMS relativi ad appuntamenti: Non autorizzo

Luogo: nrwtn

Data: 2025-05-15

Firma del Genitore/Tutore:

A handwritten signature in black ink, consisting of a series of connected loops and strokes, positioned to the right of the signature label.