

Modulo Informativa Privacy - Dott.ssa Chiara Morelli

Dati Genitore - Tutore:

Io sottoscritto: bdfb

Codice Fiscale: bdbbr

Nato a: bnerb

Data di nascita: 2025-04-15

Residente in: berb - CAP: bnerb

Telefono: benr

Email: berb@aer

Dati del Minore:

Nome: baer

Codice Fiscale: baer

Nato a: baer

Data di nascita: 2025-04-16

Residente in: baerb - CAP: babfr

DICHIARO

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

-□sulla tipologia delle sedute chinesiology 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 chinesiology 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 chinesiolgiche ipotizzate;

-□sugli eventuali effetti collaterali, rischi presunti ed eventuali complicanze che possono derivare dalle sedute chinesiolgiche 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;

DICHIOARO 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 chinesiológicas;

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

AUTORIZZO / NON AUTORIZZO la Dott.ssa Chiara Morelli ad inviarmi materiale informativo tramite email.

AUTORIZZO / NON AUTORIZZO la Dott.ssa Chiara Morelli all'invio di SMS relativi agli appuntamenti.

Firma 1:

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'e' followed by a checkmark-like stroke.