

CONSENSO INFORMATO PER IL PIERCING AL LOBO DELL’ORECCHIO

Il/la sottoscritto/a………………………………………………………………………………………………..

nato/a a.……..……………..………il…………………………………………………………………………...

residente a ……………………………………….………………………………………………………………

in via…………….....…….………………………………………………………………………………………

tel. …………………………

identificato/a attraverso il documento (tipo di documento)

……………………………………………………………………………,

numero …………….......................................rilasciato da……………………………………………….…

in data …………………………………………………………………………….

**dichiara di essere stato/a messo/a al corrente che**:

1. il piercing è effettuato mediante (*descrizione della tecnica utilizzata e del monile impiegato*):

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

1. per rimuoverne gli effetti è necessario ricorrere ad interventi chirurgici che non sempre garantiscono il ripristino delle condizioni precedenti;
2. sussistono rischi legati a questa pratica, quali la possibile trasmissione di alcune malattie infettive, come, ad esempio, la sindrome da immunodeficienza acquisita (HIV-AIDS) e l’epatite virale B e C;
3. in conseguenza dei trattamenti descritti possono insorgere infiammazione, infezioni o allergie;
4. non si possono praticare piercing su cute con processi infiammatori in atto;
5. è sconsigliato farsi praticare piercing durante la gravidanza o l’allattamento.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere stato/a informato/a sulle precauzioni specifiche da tenere dopo l’effettuazione del piercing e di aver ricevuto la relativa informativa scritta.

Con la sottoscrizione del presente modulo, si acconsente all’esecuzione del piercing.

 Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I dati personali contenuti nel presente modello saranno trattati nel rispetto del regolamento (UE) n. 679/2016 del Parlamento europeo e del Consiglio