**CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO**

Il/La sottoscritto/a Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

prov. \_\_\_\_\_\_ via/p.zza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dichiaro

* Di essere stato/a debitamente informato/a che la professione Osteopatica non è riconosciuta dal Sistema Sanitario Nazionale.
* Di essere stato/a debitamente informato/a circa la qualità e la metodologia delle prestazioni erogate. Mi sono stati forniti sufficienti spiegazioni in proposito e quindi accetto senza eccezioni il trattamento osteopatico proposto, riservandomi di chiedere ulteriori chiarimenti qualora fossero modificate, in corso di prestazione, le finalità o le metodologie dell’attività stessa.
* Di essere stato/a debitamente informato/a che la prestazione necessita di contatto fisico Operatore/Paziente e che ai fini della valutazione e del trattamento, mi verrà chiesto di rimuovere alcuni capi di vestiario.

Ritenendomi soddisfatto delle informazioni ottenute e avendo compreso termini e modi dell’intervento propostomi, in conformità a quanto sopra formulo il mio consenso alla prestazione professionale indicata.

Luogo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_

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

Firma paziente o di chi ne fa legalmente le veci

Autorizzo, ai sensi del GDPR. 679/2016, il trattamento dei miei dati personali.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma paziente o di chi ne fa legalmente le veci