

**ACCADEMIA
CRANIO-SACRALE
METODO UPLEDGER**
Piazza San Antonio Nuovo 6
34122 TRIESTE
tel. 0403476191 - fax 0403487121
info@accademiocraniosacrale.it
www.accademiocraniosacrale.it
Cod. Fisc. 90097270327



Presidente ed Amministratore:
DOTT. **DIEGO MAGGIO**
BSC (HONS), D.O., CST-D



Presidente Onorario:
DOTT. **JOHN E. UPLEDGER**
D.O., OMM

Agli utenti del
TRATTAMENTO INTENSIVO
nei giorni dal 20 al 24 compresi del mese di settembre 2011
a TRIESTE in Piazza S. Antonio Nuovo 6

Trieste, 20 settembre 2011

Gentile utente e/o socio,

per poter partecipare al TRATTAMENTO INTENSIVO, la informiamo che, dopo aver accettato la sua iscrizione a socio dell'ACCADEMIA CRANIO-SACRALE METODO UPLEDGER ed averla informata rispetto al programma del TRATTAMENTO INTENSIVO, le viene chiesto, in sede dell'Accademia, di firmare, oltre che all'usuale informativa sulla Privacy e la verifica dei suoi dati, anche il sotto esposto CONSENSO INFORMATO, completato con alcuni dati a lei richiesti. A questo proposito, le ricordiamo che lei è già stato precedentemente edotto e/o invitato in merito alla possibilità di provvedere alla conoscenza ed alla comprensione del contenuto di quanto lei leggerà nel qui sotto esposto CONSENSO INFORMATO.

DATI RICHIESTI:

E' attualmente in terapia (se si: quale?): _____

Ragione della richiesta di trattamento: _____

Medico di base: _____

Telefono medico di base: _____

Ai sensi della L. n 675/1986 e s.m., del D. Lgs. n. 196 del 30.6.2003 e dell'art. 48 D.P.R. n. 445/2000 è informato ed autorizza la raccolta e il trattamento dei dati ai fini dell'attività dell'Accademia.

CONSENSO INFORMATO:

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver già ricevuto da fonti mediche accreditate, tutte le informazioni relative al proprio stato di salute e di aver compreso i termini e le modalità dell'iter di valutazione e di applicazione del trattamento proposto dal Dr. Diego Maggio BCs (Hons) D.O. CST-D., nonché delle conseguenti indicazioni fornite dal medesimo per il TRATTAMENTO INTENSIVO che si svolgerà presso la sede dell'ACCADEMIA CRANIO-SACRALE METODO UPLEDGER. Dichiara altresì di aver ricevuto informazioni esaurienti e comprensibili sulla modalità e sui benefici derivanti dall'applicazione del trattamento proposto ed anche su eventuali complicazioni e rischi. Dichiara inoltre di aver ricevuto informazioni inerenti la compatibilità della Disciplina del Benessere prescritta ed applicata in questa sede, come tecnica complementare ad altri trattamenti convenzionali, precedenti o contestuali e/o comunque inerenti la possibilità di ricorrere ad ulteriori interventi di medicina convenzionale. Dichiara altresì di accettare il trattamento per se stesso e/o per la persona legalmente rappresentata, così come gli/le è stato proposto in ogni sua parte. Sulla base di quanto sopra esprimo il mio consenso al ricorso alla Disciplina del Benessere illustrata dal Dr. Diego Maggio.

Per comprensione ed accettazione di quanto qui sopra esposto:

LUOGO E DATA	COGNOME E NOME DEL SOCIO IN STAMPATELLO	FIRMA DEL SOCIO O DEL LEGALE RAPPRESENTANTE
_____ TRIESTE _____	_____	_____
		PER _____
20 / 09 / 2011		_____