

CONSENSO INFORMATO

**Ai Gentili Sig.ri utenti
e/o ai loro legali rappresentanti.**

Data _____

Città _____

Depositato presso la struttura e/o il professionista che conserva i dati: consenso informato, scheda di valutazione e autorizzazione al trattamento dei dati dell'utente (nome) _____

Gentile utente,

per poter partecipare al TRATTAMENTO CRANIO-SACRALE, la informiamo che lei dovrà essere edotto in merito alla Tecnica Cranio-Sacrale. L'informazione le sarà data dall'operatore e/o terapeuta preposto ad effettuare il trattamento. L'operatore che effettuerà il trattamento garantisce l'applicazione di TECNICA CRANIO-SACRALE METODO UPLEDGER.

La Tecnica Cranio-Sacrale del Dott. Upledger è, altresì, conosciuta in Italia con il suo acronimo CST e può essere applicata anche nella modalità di Rilascio Somato-Emozionale (SomatoEmotional Release® - SER®). È una Tecnica del Benessere di natura non invasiva e sua applicazione può essere successiva alla diagnosi medico/sanitaria ed è regolamentata dalle leggi vigenti (Legge 4/2013).

Le verrà chiesto in sede, e comunque prima di dar luogo al trattamento di firmare questo foglio e dare quindi l'autorizzazione: sia al trattamento dei suoi dati [ai sensi del Regolamento (UE) n. 2016/679, anche denominato General Data Protection Regulation (di seguito il "GDPR")], sia di accettare a mezzo firma questo CONSENSO INFORMATO.

Sappia che i suoi dati verranno utilizzati esclusivamente per svolgere le attività necessarie alle valutazioni e le applicazioni cranio-sacrali, o comunque per prestazioni che rientrano nelle Tecniche del Benessere, per le quali l'operatore professionista non ordinistico è qualificato ed ha ricevuto il suo consenso a procedere, con la sua firma.

A questo proposito, prima di firmare questo modulo, per comprensione ed accettazione e piena ed esclusiva personale responsabilità rispetto a quanto proposto, la preghiamo (se già non lo avesse fatto) di voler contattare quanto prima l'operatore che potrà darle le necessarie delucidazioni nel caso in cui:

- il contenuto di quanto lei leggerà qui di seguito non le fosse comprensibile,
- non le fosse già stato, in alcun modo, ampiamente esposto l'iter di valutazione e trattamento,
- non fosse stato messo in grado, o non avesse avuto la possibilità, in qualunque forma, di avere delucidazioni in merito alla tecnica che le sarà applicata.

La sua partecipazione al trattamento avverrà solamente se successiva alla sua firma su questa informativa e sarà indice di aver compreso ed accettato quanto l'operatore è venuto a proporle.

Desideriamo informarla che l'operatore professionista in Tecnica Cranio-Sacrale, che non sia già un terapeuta provvisto di una qualifica sanitaria riconosciuta dal Ministero della Salute Italiano, è un Professionista di cui alla Legge 4/2013.

Detto professionista non appartenente a ordini o collegi, a differenza del terapeuta sanitario, non potrà in alcun modo:

- effettuare il trattamento senza il pieno consenso dell'utente;
- emettere diagnosi;
- prescrivere cure (né allopatiche, né fitoterapiche, né omeopatiche, ecc.) di alcun tipo;
- consigliare o prescrivere analisi di laboratorio di qualunque tipo;
- consigliare o prescrivere visite mediche o specialistiche o ulteriori accertamenti;
- effettuare qualunque applicazione o tecnica che esuli da quanto le è stato comunicato;
- effettuare qualunque valutazione o trattamento di esclusiva pertinenza delle Professioni Sanitarie;
- adottare terminologie mediche, o strumenti medici, o qualunque altro comportamento che possa essere pertinente o riconducibile alla professione medica.

CONSENSO INFORMATO.

Il/la sottoscritto/a e/o il suo legale rappresentante dichiara di aver già ricevuto, precedentemente, da fonti mediche e/o sanitarie accreditate, tutte le informazioni relative allo stato di salute del ricevente il trattamento e di aver compreso i termini e le modalità dell'iter di valutazione e di applicazione del trattamento cranio-sacrale che ora gli è stato proposto dall'operatore professionista, nonché delle conseguenti indicazioni fornite dal medesimo per il TRATTAMENTO CRANIO-SACRALE che si svolgerà presso la sede sopra indicata. Dichiara altresì di aver ricevuto informazioni esaurienti e comprensibili sui benefici derivanti dall'applicazione del trattamento proposto e su eventuali complicazioni e rischi. Dichiara inoltre di aver ricevuto informazioni inerenti la compatibilità della Tecnica del Benessere proposta ed applicata, come tecnica complementare ad altri trattamenti convenzionali, precedenti o contestuali e/o comunque inerenti la possibilità di ricorrere ad ulteriori interventi di medicina convenzionale.

Sulla base di quanto sopra esprimo il mio consenso al ricorso alla Disciplina del Benessere illustrata dal sopraindicato operatore professionista, di cui alla Legge 4/2013.

COGNOME E NOME DELL'UTENTE E/O DEL SUO LEGALE RAPPRESENTANTE E FIRMA
