



## CONSENSO INFORMATO :: Tatuaggio ( minori )

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_  
via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Cellulare\* \_\_\_\_\_  
Documento d'identità \_\_\_\_\_

### GENITORE O TUTORE DI:

Nome e cognome \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Prov di \_\_\_\_\_  
via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Documento d'identità \_\_\_\_\_ Facebook\* \_\_\_\_\_

Nel pieno delle mie facoltà giuridiche ed intellettive, e consensualmente all'altro genitore **DICHIARO:**

- di aver letto e compreso quanto al presente foglio (di cui dichiaro essermi stata consegnata altra copia); di aver letto e preso consapevole atto delle controindicazioni, dei possibili effetti collaterali ed indesiderati e delle possibili imperfezioni di risultato dei trattamenti e delle precauzioni post-impianto illustrate nel presente foglio; di aver ricevuto ogni ulteriore dichiarazione ed informazione verbali che io abbia chiesto;
- di aver compreso sia la natura che la durata nel tempo del tatuaggio, e di aver compreso che tale tecnica comporta l'introduzione di pigmenti nella cute per mezzo di aghi;
- di aver compreso che si può diventare allergici ai pigmenti



**DICHIARO ALTRESÌ CHE MIO FIGLIO/A**

- non ha in corso infezioni cutanee e/o dermatiti
- non è affetto da diabete non trattato
- è psicologicamente e fisicamente in buona salute
- non ha malattie del sangue e/o disturbi della cicatrizzazione
- di essere e mettere a conoscenza di sue allergie e/o intolleranze
- non fa uso di farmaci quali anticoagulanti, cortisone, immunodepressivi o comunque sostanze che facilitano l'insorgere di infezioni
- non è incinta o in fase di allattamento

**DICHIARO INFINE** di aver preso preventiva visione delle apparecchiature che verranno utilizzate per il trattamento e di aver riscontrato che aghi e pigmenti sono in confezioni sigillate e monouso

**MI IMPEGNO** fin d'ora a seguire scrupolosamente le istruzioni e le avvertenze riguardanti il periodo successivo al trattamento

**PRESTO PERTANTO IL MIO CONSENSO a che il personale di Wonderland.ink:**

tatuatore autorizzato/ estetista qualificata esegua su mio figlio/a il seguente trattamento, da me scelto, che pertanto espressamente richiedo:

ed esonero **Wonderland.ink** da qualsivoglia responsabilità e da qualunque pretesa di risarcimento danni connessa alla prestazione richiesta.

Bologna, il \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

\* facoltativo