



## CONSENSO INFORMATO :: **PIERCING (MINORI)**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Prov di \_\_\_\_\_  
via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Documento d'identità \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

### GENITORE O TUTORE DI:

Nome e cognome \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Documento d'identità \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

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 che la pratica del piercing consiste nell'introduzione di gioielli nel corpo attraverso aghi o altro materiale certificato e monouso;
- di essere a conoscenza che alcuni piercing possono lasciare piccole cicatrici;
- di essere stato messo al corrente che il piercing viene effettuato mediante aghi monouso marchiati CE;



**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

**DICHIARO INFINE** di aver preso preventiva visione delle apparecchiature che verranno utilizzate per il trattamento e di aver riscontrato che aghi e gioielli sono in confezioni sigillate e monouso (materiali: titanium e/o acciaio chirurgico 316L).

**MI IMPEGNO** fin d'ora a seguire scrupolosamente le istruzioni e le avvertenze riguardanti il periodo successivo al trattamento, e di mettere a conoscenza lo staff in caso che mio figlio/a sia positività ad HIV o epatite.

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

piercer qualificata esegua sulla mia persona 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 \_\_\_\_\_