

## Consenso Informato - Piercing

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... il .....  
residente a ..... in via .....  
cell. ....

Identificato/a attraverso il documento (tipo di documento) .....  
numero ..... rilasciato da .....  
in data .....

### **dichiara di essere stato/a messo/a al corrente che:**

- a) Per rimuoverne gli effetti del piercing è necessario ricorrere ad interventi chirurgici che non sempre garantiscono il ripristino delle condizioni precedenti;
- b) Sussistono rischi legati a questa pratica, quali la possibile trasmissione di alcune malattie infettive, come, ad esempio, la sindrome di immunodeficienza acquisita (HIV - AIDS) e l'epatite virale B e C;
- c) In conseguenza dei trattamenti descritti possono insorgere infiammazioni, infezioni, allergie, gonfiore temporaneo o possibili cicatrici temporanee o permanenti;
- d) Non si possono praticare piercing su cute con processi infiammatori in atto;
- e) É sconsigliato farsi eseguire piercing durante gravidanza o allattamento.

### **dichiara di:**

- Aver scelto, consapevolmente e liberamente, la posizione e il gioiello del piercing;
- Impegnarsi a seguire le indicazioni relative al periodo di guarigione e di essere consapevole che non seguendole si potrebbe compromettere la riuscita e la guarigione del piercing stesso;
- Essere stato informato della durata del periodo di cicatrizzazione e della cura che si dovrà prestare alla ferita in modo da ridurre significativamente il rischio di infezioni e facilitare la guarigione del piercing;
- Essere consapevole della possibilità di rigetto e del fatto che fino alla completa guarigione si avrà una ferita aperta.
- Non avere patologie o allergie che impediscano di sottoporsi alla pratica del piercing;
- Aver verificato personalmente la pulizia dei locali, la sterilizzazione degli strumenti e l'utilizzo di aghi monouso.
- Essere consapevole che nessuna garanzia o assicurazione viene data riguardo ai risultati della procedura e di assumere tutti i rischi della stessa.

Ho avuto sufficiente tempo e modo per esaminare e discutere la procedura proposta, ottenendo risposte soddisfacenti alle mie domande. Non avendo impedimenti psicofisici che possano influenzare qualsiasi mia libera scelta acconsento all'esecuzione del piercing:

Piercing .....	Posizione .....
Aghi .....	Gioiello .....
.....	.....
Piercer .....	Tecnica .....

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere stato/a informato/a sulle precauzioni specifiche da tenere dopo l'effettuazione del piercing e di aver ricevuto la relativa informativa scritta.

Con la sottoscrizione del presente modulo, si acconsente all'esecuzione del piercing.

**Luogo e Data**

**Firma**

.....

.....

Accetto di far fotografare o filmare il piercing eseguito e concedo il nulla osta per ogni tipo di pubblicazione dello stesso (cartacea, in foto, sul web, etc.) da parte de **La Primula Rossa di Frigerio G. & C s.n.c.**, o del professionista che ha eseguito il lavoro.

**Firma**

SI  NO

Facebook .....

Instagram .....

.....

Accetto di ricevere offerte e messaggi a fini promozionali tramite mezzi elettronici e di iscrivermi alla newsletter de **La Primula Rossa di Frigerio G. & C s.n.c.**

**Firma**

SI  NO

.....

