

## PIERCING - CONSENSO INFORMATO

Il/la sottoscritto/a.....  
nato/a a..... il.....  
residente a .....  
in via.....  
tel. ....  
identificato/a attraverso il documento (tipo di documento)  
.....,  
numero .....rilasciato da.....  
in data .....

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

- a) il piercing è effettuato mediante (*descrizione della tecnica utilizzata e del monile impiegato*):  
.....  
.....
- b) per rimuoverne gli effetti è necessario ricorrere ad interventi chirurgici che non sempre garantiscono il ripristino delle condizioni precedenti;
- c) sussistono rischi legati a questa pratica, quali la possibile trasmissione di alcune malattie infettive, come, ad esempio, la sindrome da immunodeficienza acquisita (HIV-AIDS) e l'epatite virale B e C;
- d) in conseguenza dei trattamenti descritti possono insorgere infiammazione, infezioni o allergie;
- e) non si possono praticare piercing su cute con processi infiammatori in atto;
- f) è sconsigliato farsi praticare piercing durante la gravidanza o l'allattamento.

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.

Firma

\_\_\_\_\_

I dati personali contenuti nel presente modello saranno trattati nel rispetto del regolamento (UE) n. 679/2016 del Parlamento europeo e del Consiglio