

CONSENSO INFORMATO CONSULENZA OPERATORI OLISTICI

In data _____ il/la sottoscritto/a _____
operatore olistico iscritto nei registri di attestazione professione della UNIPRO della
Regione Veneto in data _____ con il livello di certificazione _____
codice _____ prima di rendere prestazione professionale al/alla

Sig./Sig.ra _____

nato/a _____ il ____/____/____

e residente in _____

Prov. _____ Via _____ n. _____

cell _____ email _____

gli/le fornisce le seguenti informazioni:

- di essere un operatore del benessere tenuto all'osservanza del codice deontologico previsto dalle norme di certificazione di qualità professionale, che prevede anche l'obbligo al segreto professionale;
- che le sue prestazioni consistono nell'eseguire trattamenti naturali volti al riequilibrio energetico e al benessere della persona e che si è formato attraverso un percorso formativo specifico per ayurveda;
- di svolgere la sua attività come socio verso gli stessi soci nelle sedi indicate dall'**Associazione Culturale "Le Mani Asd"** ;
- di non eseguire diagnosi né terapie e che per disturbi o malattie suggerisce di rivolgersi ad un medico;
- di fornire come operatore olistico dei consigli o suggerimenti che il cliente in assoluta libertà può scegliere di seguire o rifiutare.

Il cliente dichiara di aver preso visione del presente consenso informato e di concordare con quanto in esso scritto.

Firma per accettazione del Cliente

Firma dell'Operatore Olistico

Informativa ex art. 13 D.lgs. 196/2003

Trattamento dati personali - Il trattamento dei suoi dati viene effettuato per esigenze di natura associativa e per l'adempimento di obblighi di natura associativa, legale, fiscale ed assicurativa.

Firma per presa visione e accettazione del Cliente