

Consenso informato

Ciglia e sopracciglia

Attività

DETTAGLI CLIENTE

Nome completo

Telefono

Email

Data di nascita

CONFERMO CHE

- ☐ Ho informato il tecnico su condizioni oculari, allergie e lenti a contatto.
- ☐ Mi è stato consigliato un test allergico prima della tinta o del lifting.
- ☐ Terrò gli occhi chiusi durante la procedura e segnalerò eventuali disagi.
- ☐ Ho ricevuto e compreso i consigli post-trattamento.

Accetto che vengano scattate foto del risultato per la mia scheda: ☐ Sì ☐ No

Accetto che l'attività conservi le informazioni in questo modulo per fornire il servizio e per il tempo richiesto dalla legge. Posso chiedere di vedere, correggere o cancellare i miei dati in qualsiasi momento.

Firma cliente

Firma specialista

Data