

Consenso informato

Massaggio

Attività

DETTAGLI CLIENTE

Nome completo

Telefono

Email

Data di nascita

CONFERMO CHE

- ☐ Ho informato il terapeuta su condizioni di salute, lesioni e gravidanza.
- ☐ Segnalerò durante la sessione se la pressione è scomoda.
- ☐ Capisco che questo massaggio non è un trattamento medico.

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