

Consenso informato

Skincare e trattamenti viso

Attività

DETTAGLI CLIENTE

Nome completo

Telefono

Email

Data di nascita

CONFERMO CHE

- ☐ Ho condiviso informazioni accurate sulla mia salute, farmaci e pelle.
- ☐ Capisco che possono apparire rossore o sensibilità dopo alcuni trattamenti.
- ☐ Seguirò i consigli post-trattamento, inclusa la protezione solare.

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