

CONSENSO INFORMATO PER CHI DESIDERA RICEVERE IL TRATTAMENTO

L'APPLICAZIONE DELLE TECNICHE È PROPOSTA IN MODALITÀ DI TIROCINIO PROPEDEUTICO ALLA FORMAZIONE IN TECNICA CRANIO-SACRALE UPLEDGER

Per conoscenza, presa visione e accettazione degli utenti.

Data _____ Sede (Luogo/Nome della sede) _____

Letto e depositato c/o il Tirocinante: _____
(di seguito chiamato per brevità: TIROCINANTE)

(SULLA RIGA SCRIVERE COGNOME E NOME DELLO STUDENTE - OPERATORE O TERAPISTA TIROCINANTE)

Gentile utente,

per poter partecipare nel ricevere il TRATTAMENTO CRANIO-SACRALE, la informiamo che lei dovrà necessariamente essere edotto in merito alla Tecnica Cranio-Sacrale, prima del trattamento.

L'informazione le sarà data dall'operatore TIROCINANTE preposto ad effettuare il trattamento.

L'operatore TIROCINANTE che effettuerà il trattamento garantisce l'applicazione della TECNICA CRANIO-SACRALE METODO UPLEDGER, appresa dallo stesso TIROCINANTE nel SUO percorso di formazione fino al 0° (**INDICARE IL NUMERO DEL LIVELLO SVOLTO E FRA PARENTESI SCRIVERLO IN LETTERE**) livello dei 5 (cinque) livelli e due esami che formano l'apprendimento completo per la base della Tecnica Cranio-Sacrale (escluse le eventuali specializzazioni).

La Tecnica Cranio-Sacrale del Dott. Upledger è altresì conosciuta in Italia con il suo acronimo CST e può essere applicata anche nella modalità di Rilascio Somato-Emozionale (SomatoEmotional Release® – SER) solamente dal 3° (terzo) livello in poi del percorso di formazione del TIROCINANTE.

La CST (come il SER) è una Tecnica del Benessere di natura non invasiva e sua applicazione può essere successiva alla diagnosi medico/sanitaria ed è regolamentata dalle leggi vigenti in Italia (L. 4/2013).

Con questo Consenso Informato le viene chiesto, prima di ricevere il trattamento, di firmare per accettazione quanto ha letto fino ad ora e leggerà qui di seguito e, nel caso in cui non le venisse spiegato il tipo di trattamento che riceverà, di pretendere che l'operatore la renda edotto/a in anticipo rispetto ai benefici ed alle eventuali complicazioni e rischi derivanti dalla Tecnica Cranio-Sacrale.

Oltre a questo Consenso Informato, le verrà chiesto di firmare anche la consueta informativa sulla Privacy [informativa aggiornata ai sensi dell'Art. 13 Regolamento Europeo 679/2016 (c.d. "GDPR")] per dare al TIROCINANTE l'autorizzazione al trattamento dei suoi dati sensibili.

Sappia che, i suoi dati sono utilizzati dal TIROCINANTE esclusivamente per svolgere le attività necessarie ad eseguire le valutazioni e le applicazioni di Tecnica Cranio-Sacrale, o comunque per prestazioni che rientrano nelle Tecniche del benessere, per le quali l'operatore TIROCINANTE è qualificato ed ha ricevuto il vostro consenso a procedere.

A questo proposito, prima di firmare questo modulo per comprensione ed accettazione e sua piena ed esclusiva personale responsabilità, la preghiamo di voler chiedere ed ottenere quanto prima dall'operatore le necessarie delucidazioni nel caso in cui:

- il contenuto di quanto lei leggerà qui di seguito non le fosse comprensibile,
- non le fosse già stato, in alcun modo, ampiamente esposto l'iter di valutazione e trattamento,
- non fosse stato messo in grado, o non avesse avuto la possibilità, in qualunque forma, di avere delucidazioni in merito alla tecnica che le sarà applicata.

La sua partecipazione al trattamento, solamente se successiva alla sua firma apposta al presente Consenso Informato e alla Liberatoria sulla Privacy per l'utilizzo dei suoi dati personali, sarà indice di aver compreso ed accettato quanto l'operatore TIROCINANTE o il Professionista non Organizzato in Ordini o Collegi è venuto a proporle.

Vogliamo comunque informarla che l'operatore TIROCINANTE che non sia già provvisto di una sua precedente qualifica professionale sanitaria riconosciuta dal Ministero della Salute Italiano, può essere inquadrato come un operatore Professionista non Organizzato in Ordini o Collegi (di cui alla Legge 4/2013) e potrà applicare la Tecnica Cranio-Sacrale per la proseguire la formazione continua in Tecnica Cranio-Sacrale, come previsto dal percorso di formazione dell'Associazione "Cranio-Sacrale UPLEDGER ITALIA" anche senza alcun compenso economico, o con compenso economico se è già in possesso di P. IVA o di altro inquadramento fiscale valido ai termini di Legge e inerente alle discipline del benessere applicate alle persone (Codice ATECO N° 96.09.09 - servizi per la persona non classificabili altrove).

Segue

Il TIROCINANTE che già non possiede una qualifica professionale sanitaria e che non è iscritto a Ordini o Collegi riconosciuti dal Ministero della Salute Italiano,

non potrà in alcun modo:

- effettuare il trattamento senza il pieno consenso dell'utente;
- emettere una diagnosi;
- prescrivere delle cure (né allopatiche, né fitoterapiche, né omeopatiche, ecc.) di alcun tipo;
- consigliare o prescrivere delle analisi di laboratorio di qualunque tipo;
- consigliare o prescrivere delle visite mediche o specialistiche o ulteriori accertamenti;
- effettuare qualunque applicazione di tecniche che esulino da quanto è stato comunicato in precedenza all'utente o viene comunicato in fase del trattamento, immediatamente prima dell'effettuazione della tecnica e comunque dopo aver ricevuto il consenso di chi la riceve;
- effettuare qualunque valutazione o trattamento di esclusiva pertinenza delle Professioni Sanitarie;
- adottare terminologie mediche, o strumenti medici, o qualunque altro comportamento che possa essere pertinente o riconducibile alla professione medica.

CONSENSO INFORMATO.

Dopo aver letto e compreso quanto fino ad ora scritto,

il/la sottoscritto/a dichiara di aver già ricevuto precedentemente da fonti mediche e/o sanitarie accreditate, tutte le informazioni relative al proprio stato di salute e di aver compreso i termini e le modalità dell'iter di valutazione e di applicazione del trattamento cranio-sacrale che gli è stato proposto dal TIROCINANTE (scrivere il nome e cognome del Tirocinante che applicherà la Tecnica Cranio-Sacrale) _____, nonché delle conseguenti indicazioni fornite dal medesimo per il TRATTAMENTO CRANIO-SACRALE che si svolgerà in data odierna, presso la sede indicata in intestazione.

Dichiara altresì di aver ricevuto informazioni esaurienti e comprensibili sui benefici derivanti dall'applicazione del trattamento proposto e su eventuali complicazioni e rischi.

Dichiara inoltre di aver ricevuto informazioni inerenti la compatibilità della Tecnica del Benessere proposta per l'applicazione del TIROCINANTE, come tecnica complementare ad altri trattamenti convenzionali, sia precedenti sia contestuali e/o comunque inerenti la possibilità di ricorrere ad ulteriori interventi di medicina allopatrica convenzionale e/o di medicina non convenzionale.

Sulla base di quanto sopra esprimo il mio consenso al ricorso alla Disciplina del Benessere denominata TECNICA CRANIO-SACRALE, illustrata dal sopraindicato operatore TIROCINANTE.

Firma dell'utente _____