



CONSENSO INFORMATO

DICHIARAZIONE del RICEVENTE

Io sottoscritto/a _____

Nata/o a _____ il _____

residente in via/p.zza _____

Comune di _____ Provincia _____ C.A.P. _____

Codice fiscale _____ tel. _____

e-mail _____

ho richiesto al Sig. Valter Vaccaro, iscritto all'albo operatori Shiatsu dell'Associazione Professionale Operatori Shiatsu e Discipline Bio-Naturali (A.P.O.S. e D.B.N.) con il n° HA0015, e all'albo istruttori Shiatsu della Federazione Nazionale di Shiatsu (A.I.F.S.) con il n° 552, di poter ricevere un ciclo di lezioni o trattamenti Shiatsu e sono stato preventivamente informato di quanto segue:

- Il trattamento Shiatsu si pone come obiettivo l'armonizzazione della struttura energetica dell'essere umano secondo la visione olistica e filosofica orientale, allo scopo di recuperare e mantenere il benessere psicofisico.
- Il trattamento Shiatsu non è e non può essere considerato in alcun modo terapeutico in quanto:
 - L'obiettivo dell'operatore è sempre e solo l'armonizzazione della struttura vitale/energetica dell'essere umano e non la cura di patologie o sintomi che sono di stretta pertinenza medico/sanitaria;
 - L'operatore non considera in alcun modo lo Shiatsu sostitutivo di eventuali terapie mediche, paramediche, psicologiche.
 - L'operatore Shiatsu non effettua diagnosi o indica terapie e non fornisce alcun tipo di prescrizioni medico/sanitarie.

Luogo e data

Firma del ricevente per consenso ed accettazione
