

## DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

Il / la sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a  
\_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via  
\_\_\_\_\_

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' DI ESSERE STATO  
INFORMATO dal sig. \_\_\_\_\_ operatore dell'attività di  
TATUAGGI E PIERCING , esercitata in \_\_\_\_\_ via  
\_\_\_\_\_, CHE :

- 1) il tatuaggio consiste nell'introduzione nella cute di pigmenti di varia natura
- 2) per rimuovere il tatuaggio è necessario ricorrere ad interventi chirurgici di piccola/media entità
- 3) con il tatuaggio e piercing possono essere trasmesse malattie infettive anche gravi, quali l'AIDS e le epatiti virali di tipo B e C
- 4) si può essere o diventare allergici ai pigmenti ed ai metalli
- 5) non si possono praticare tatuaggi o piercing su cute con processo infiammatorio in atto

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA INOLTRE di essere stato informato sui rischi legati all'esecuzione e sulle precauzioni da tenere dopo l'effettuazione del tatuaggio o del piercing .

-----, -----

In fede

\_\_\_\_\_  
Firma del genitore / Tutore

***NB: per i minorenni il presente consenso informato dovrà essere sottoscritto da un genitore o dal tutore che autorizza il tatuaggio o il piercing.***