



## MODULO DI CONSENSO INFORMATO ed informativa tatuaggi e piercing

### TATUAGGI

I tatuaggi sono realizzati introducendo sostanze coloranti sotto la pelle mediante punture multiple.

I disegni ottenuti sono indelebili e per rimuoverli è necessario un intervento di chirurgia plastica o laser.

Possibili effetti collaterali e complicazioni:

- Reazione allergica alle sostanze coloranti con comparsa sulla pelle di arrossamento, gonfiore, prurito.
- Infezione nella sede del tatuaggio con comparsa di arrossamento e dolore.
- Cheloidi cioè cicatrici ipersviluppate.
- Granulomi cioè noduli che si formano intorno al materiale iniettato che il corpo percepisce come estraneo.
- Infezione con malattie a trasmissione ematica (epatite B, epatite C, AIDS) quando il tatuatore non effettui correttamente la sterilizzazione dello strumentario.

A chi è sconsigliato:

- Soggetti con infiammazioni, lesioni, malattie della pelle.
- Soggetti allergici.
- Soggetti cardiopatici.
- Bambini e donne gravide.

### PIERCING

Il piercing consiste nell'inserimento di anelli e metalli di diverse forme in varie zone del corpo.

Possibili effetti collaterali e complicazioni:

- Reazione allergica al metallo utilizzato con comparsa sulla pelle di arrossamento, gonfiore, prurito;
- Infezione nella sede del piercing con comparsa di arrossamento e dolore;
- malattie trasmesse col sangue (epatite B, epatite C, AIDS) se chi effettua il piercing non utilizza materiale sterile.

A chi è sconsigliato:

- Bambini e donne gravide;
- Soggetti con infiammazioni, lesioni, malattie della pelle;
- Soggetti allergici.

NB. IN PRESENZA DI MALATTIE E/O ASSUNZIONE DI FARMACI  
È NECESSARIO CHIEDERE PARERE AL PROPRIO MEDICO. DOPO ESSERSI  
SOTTOPOSTI AL TRATTAMENTO  
È NECESSARIO ATTENDERE UN ANNO PRIMA DI DONARE IL SANGUE.

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente nel Comune di \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ tipo documento (CI o Patente) \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

letto quanto sopra **C H I E D O** all'operatore VIGNATI MATTIA di essere sottoposto/a a  **TATUAGGIO**  **PIERCING**

### GENITORE 1 (o unico tutore)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente nel Comune di \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ tipo documento (CI o Patente) \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

(In caso di unico tutore lo sottoscritto/a \_\_\_\_\_ mi assumo la completa responsabilità della prestazione ed assolvo qualsiasi operatore da ogni responsabilità legale e/o familiare)

### GENITORE 2

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente nel Comune di \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ tipo documento (CI o Patente) \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

letto quanto sopra **C H I E D O** all'operatore VIGNATI MATTIA che \_\_\_\_\_ venga sottoposto/a a  **TATUAGGIO**  **PIERCING**

### INOLTRE DICHIARO

- di essere stato informato, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs.196 /2003 e ss. mm. sulla tutela dei dati personali, che i propri dati personali forniti all'atto della compilazione della presente istanza rivolta al Consiglio dell'Ordine Nazionale dei Dottori Agronomi e dei Dottori Forestali saranno trattati in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili, con modalità automatiche, anche mediante sistemi informatizzati solo ed esclusivamente per le finalità direttamente connesse alle procedure di nomina degli Organi degli Enti presso i quali il CONAF designa propri rappresentanti;

- di acconsentire con la presente dichiarazione, al trattamento dei propri dati personali, svolto con le modalità e per le finalità sopra indicate, ed in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili;

- di essere a conoscenza del fatto di poter esercitare i diritti previsti dall'art. 7 della Legge 196/2003 e ss. mm., tra i quali il diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati nonché la loro cancellazione, mediante comunicazione scritta da inoltrarsi al titolare del trattamento dati ai sensi e per gli effetti della stessa legge.

Il titolare dei dati trattati è il Consiglio dell'Ordine Nazionale dei Dottori Agronomi e Dottori Forestali.

FIRMA

FIRMA

(In caso di secondo genitore)

DATA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_