

INFORMATIVA SULLA NATURA DELLE SESSIONI

Nome dell'operatore:

IO SOTTOSCRITTO, CLIENTE DELL'OPERATORE SOPRA INDICATO, PRENDO ATTO CHE:

- l'attività di diagnosi e di cura di alterazioni organiche o di un disturbo funzionale del corpo e della mente, così come pure la prescrizione di farmaci, è per legge di esclusiva competenza della professione medica;
- l'operatore della Disciplina Bionaturale-Craniosacrale è un consulente delle discipline bionaturali che opera a favore e su richiesta del richiedente, per le aree non mediche e in particolare per il riequilibrio bioenergetico;
- l'operatore della Disciplina Bionaturale-Craniosacrale non è un medico e pertanto non interviene su patologie e ne prescrive i farmaci;
- l'operatore della Disciplina Bionaturale-Craniosacrale è iscritto all'ASSOCIAZIONE CRANIOSACRALE ITALIA che è dotata di un codice deontologico
- l'operatore della Disciplina Bionaturale-Craniosacrale non vuole e non deve essere considerato un medico, ed ogni sua azione non può essere vista come un atto medico
- l'operatore della Disciplina Bionaturale-Craniosacrale dà il proprio apporto nei rapporti esistenti con l'ambiente che circonda ogni essere, al fine di raggiungere o ritrovare la strada che permetterà loro di vivere in migliore sintonia con le leggi universali;
- qualsiasi consiglio rilasciato dall'operatore della Disciplina Bionaturale-Craniosacrale, in forma verbale o scritta non costituisce una professione medica, ma solo l'annotazione per il riequilibrio energetico a beneficio del richiedente, il quale, se decide di seguirlo, lo fa esclusivamente per sua libera scelta;
- La presa visione dello stato energetico del richiedente non costituisce in nessun caso una diagnosi medica; nel caso in cui il richiedente sia a conoscenza di qualsiasi problema a carattere patologico o traumatico, conclamati o presunti, lo stesso è tenuto a rivolgersi ad un medico;
- l'operatore della Disciplina Bionaturale-Craniosacrale, ove rientri nelle sue competenze, potrà evidenziare le qualità occorrenti per riottenere il riequilibrio energetico

Io sottoscritto dichiaro che ho preventivamente accettato di aderire al tirocinio craniosacrale o alla pratica craniosacrale con l'importo dell'onorario concordato con l'Operatore della Disciplina Bionaturale-Craniosacrale e che sono consapevole che in nessun modo l'onorario può essere subordinato al risultato auspicato da raggiungere.

Io sottoscritto: _____

Cod.fiscale: _____

Letto, approvato, sottoscritto, e per tale motivo ribadisco di richiedere e accettare la consulenza bionaturale

Luogo _____ data _____ in fede _____

INFORMATIVA E CONSENSO

In conformità con D.Leg. 196/03 la informiamo che i Suoi dati personali qui riportati saranno inseriti nei nostri archivi cliente e potranno essere utilizzati:

- A) Per gli adempimenti di natura civilistico-fiscale
- B) Per gli adempimenti di comunicazione obbligatori per legge e nelle ipotesi ammesse dal D.L.gs.
- C) Per eventuali future iniziative promozionali.

Fatti salvi i Suoi diritti di cui al D. Leg 196/03, le chiediamo di aprire il suo consenso apponendo la sua firma qui a seguire

Nome in stampatello: _____

Firma: _____

Se invece desidera rinunciare alle opportunità, prospettate al punto C, barri la seguente casella.