



di Stefano Carapellese - P.IVA: 18370801005

## CONSENSO INFORMATO PER TRATTAMENTO DI MASSAGGIO BENESSERE

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_, C. F. \_\_\_\_\_,  
telefono \_\_\_\_\_, email: \_\_\_\_\_

Al fine di garantire la massima sicurezza durante il trattamento, **DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITÀ:**

1. Di **NON essere a conoscenza** di condizioni mediche che controindichino il massaggio, ed in particolare di **NON avere**:
  - Febbre, stati infiammatori o infettivi acuti in corso.
  - Flebiti, trombosi venose profonde o problemi vascolari gravi.
  - Lesioni cutanee non guarite, eruzioni, ustioni o infezioni nella zona da trattare.
  - Neoplasie (tumori) in fase attiva o risolti da meno di un anno.
  - Gravidanza in corso.
  - Osteoporosi severa, fratture recenti (inferiori a un anno) o gravi patologie ossee.
  - Disordini emorragici o assunzione di farmaci anticoagulanti.
2. Di **COMUNICARE** eventuali condizioni particolari di cui sono a conoscenza, come:
  - Allergie note (specialmente a oli, essenze, lattice).
  - Ipertensione arteriosa non controllata.
  - Diabete.
  - Ernie discali, protrusioni o gravi problemi alla colonna.
  - Impianti (pacemaker, protesi, ecc.).
  - Stati di forte stress psicologico o emotivo.
  - Altre (specificare): \_\_\_\_\_
3. Di impegnarmi ad **AGGIORNARE** immediatamente il professionista su qualsiasi cambiamento del mio stato di salute prima dei trattamenti successivi.

**In caso di Emergenze mediche:** Dichiaro di essere consapevole che, in caso di malore o emergenza medica durante il trattamento, il professionista Stefano Carapellese interromperà immediatamente il massaggio e provvederà a chiamare il 118. Sono consapevole che **il professionista Stefano Carapellese non è un medico né un operatore sanitario abilitato** a interventi medici.

---

### PERSONA DA CONTATTARE IN CASO DI EMERGENZA (facoltativo ma consigliato)

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Rapporto: \_\_\_\_\_ (Es. coniuge, figlio/a, vicino di casa, amico/a)

☐ Acconsento al contatto in caso di emergenza      ☐ Non indico nessuno

Data: \_\_\_\_\_

Firma Cliente: \_\_\_\_\_

Firma Professionista: \_\_\_\_\_

(Stefano Carapellese)



di Stefano Carapellese - P.IVA: 18370801005

### DICHIARO DI AVER COMPRESO E ACCETTATO QUANTO SEGUE:

1. **Natura del Trattamento:** Acconsento a sottopormi volontariamente al trattamento di **massaggio benessere** eseguito dal Massaggiatore Professionista Stefano Carapellese.
2. **Scopo:** Sono stato informato che lo scopo del trattamento è il **benessere psicofisico, il rilassamento, la riduzione di tensioni muscolari e il miglioramento della circolazione**, nel rispetto di un approccio non medico e non sostitutivo di terapie mediche o fisioterapiche.
3. **Benefici Attesi e Rischi:** Comprendo i potenziali benefici del massaggio. Sono stato informato che, sebbene il massaggio sia generalmente sicuro, potrebbero verificarsi reazioni temporanee come **rossore, leggero indolenzimento, sensibilità cutanea o, in rari casi, reazioni agli oli utilizzati**. Sono stato invitato a segnalare immediatamente qualsiasi fastidio durante il trattamento.
4. **Privacy:** Sono consapevole che le informazioni sulla mia salute saranno trattate in modo strettamente confidenziale e solo per le finalità del trattamento e di archiviazione.
5. **Liberatoria:** Esento esplicitamente il professionista Stefano Carapellese e la sua attività da qualsiasi responsabilità per danni derivanti dall'omessa o inesatta comunicazione da parte mia delle informazioni relative allo stato di salute dichiarate nel presente modulo.
6. **Contenuti multimediali:** informato della possibilità di ricevere una registrazione video del trattamento, la pubblicazione del contenuto multimediale a fini pubblicitari  

☐ È AUTORIZZA    ☐ NON È AUTORIZZATA
7. **Iscrizioni canali WA:** Nel caso in cui vengano attivati canali telematici finalizzati alla promozione di iniziative relative ai massaggi AUTORIZZO / NON AUTORIZZO il Professionista a utilizzare i miei recapiti per suddetta finalità.

Dichiaro di aver ricevuto adeguate informazioni, di aver avuto la possibilità di fare domande, di aver compreso quanto sopra e di acconsentire liberamente al trattamento.

**Firma del Cliente:** \_\_\_\_\_

---

#### Per il Professionista:

Confermo di aver fornito tutte le informazioni sopra indicate al cliente e di averlo invitato a dichiarare con accuratezza il proprio stato di salute.

**Firma del Professionista:** \_\_\_\_\_ (Stefano Carapellese)

Data: \_\_\_\_\_

Firma Cliente: \_\_\_\_\_

Firma Professionista: \_\_\_\_\_

(Stefano Carapellese)