

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 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 non è un medico e pertanto non interviene su patologie e ne prescrive i farmaci;
- l'operatore della Disciplina Bionaturale aderisce al codice deontologico della disciplina praticata;
- l'operatore della Disciplina Bionaturale 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 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, 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, 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 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.