

# Consenso informato

Il/la sottoscritto/a .....

Nato/a a.....Prov. di.....il.....

Residente a .....in via.....n.....

Dichiara sotto la propria responsabilità di essere stato informato che :

- Il tatuaggio consiste nell'introduzione nella cute di pigmenti di varia natura.
- Per rimuoverlo è necessario ricorrere ad interventi chirurgici di piccola-media entità.
- Con il tatuaggio possono essere trasmesse infezioni causate da batteri, funghi o virus di cui alcune estremamente gravi quali l'AIDS e le epatiti virali B e C.
- Si può essere, o diventare, allergici ai pigmenti e ai metalli.
- Il tatuaggio non può essere effettuato su lesioni cutanee o mucose di varia natura, salvo parere favorevole del medico.
- I pigmenti o i metalli possono determinare, nella zona cutanea circostante al punto d'introduzione, la formazione di noduli (granulomi).
- Nel processo di cicatrizzazione di una ferita È possibile la formazione di cheloidi (tessuto cicatriziale in eccesso).

Dichiara di non essere in stato di gravidanza.

Dichiara, inoltre, di essere stato informato sulle precauzioni da tenere dopo l'effettuazione del tatuaggio.

Data.....

Firma.....

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Io sottoscritto dichiaro altresì, sotto la mia personale responsabilità che, informato dei possibili rischi, non ho in corso una terapia farmacologia che presenti controindicazioni con il tatuaggio.

Data.....

Firma.....