

Dr. John Joseph Manson
DOCTOR OF CHIROPRACTIC (USA)

Si prega di scrivere in modo chiaro (STAMPATELLO)

Scheda Personale del Sig/Sig.ra

COGNOME _____

NOME _____

INDIRIZZO _____

Cap _____ Città _____ PROV. _____

Tel (ab.) _____ (uff.) _____ (cell.) _____

Data di nascita _____ età _____ M / F Stato civile (sposato-a/single) _____

Occupazione _____

Come ha saputo di noi _____

Consenso e Privacy

Io sottoscritto chiedo un colloquio/visita con il Dr John Manson riguardante quanto forma oggetto della sua qualifica di chiropratico.

IL SOTTOSCRITTO, informato su quanto contenuto ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e del GDPR (Regolamento UE 2016/679),

AUTORIZZA il Dr J. Manson e i suoi ausiliari alla comunicazione, trattamento dei dati personali che lo riguardano; dichiarando inoltre di essere a conoscenza dei diritti riconosciutigli dalla citata legge.

Atto di trasparenza

Il Dr John Manson ha frequentato la Life University School of Chiropractic, Marietta, Georgia, U.S.A. dove ha conseguito il diploma di laurea di D.C. “Doctor of Chiropractic” e l’abilitazione all’esercizio della professione di chiropratico in USA. Tale diploma non è ancora riconosciuto dalla legge italiana.

Il Dr John Manson è iscritto all’ Associazione Italiana Chiropratici (A.I.C., Via Brigata Liguria 1-20 16121 Genova, N. Verde 800.017.806, (www.Chiropratica.com) che riunisce i chiropratici laureati operanti in Italia purchè in possesso dei titoli di studio e abilitazione professionale richiesti nei paesi in cui la chiropratica è regolamentata da leggi specifiche. L’AIC obbliga gli iscritti a sostenere corsi di aggiornamento e controlla il loro operato.

L’approccio al quale Lei sta per sottoporsi avverrà secondo metodiche e tecniche comuni all’ insegnamento universitario chiropratico. Verrà eseguita una valutazione chiropratica a seguito della quale verrà ove opportuno praticato il trattamento chiropratico. Il Dr Manson non intende operare come medico né vuole sostituirsi ad esso, né intende effettuare attività diagnostiche che siano di pertinenza del medico

Ho letto e preso conoscenza delle informazioni qui sopra

Data _____

Firma _____