



CONSENTIMIENTO INFORMADO USUARIO MENOR DE EDAD O INCAPACITADO

D/ Dña..... edad..... años, con domicilio
en localidad.....C.P.....provincia.....
teléfono.....con D.N.I o pasaporte nº (se adjunta fotocopia),
como representante legal del menor de edad o incapacitado,

D/Dña.....edad.....años, con domicilio
en.....localidad.....C.P.....
provincia.....teléfono....., con D.N.I o pasaporte nº
(se adjunta fotocopia), en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente; declaro que he sido
informado/a por el aplicador o representante del establecimiento, sobre los riesgos para la salud y
complicaciones posteriores que puedan derivarse de la practica de así
como de los protocolos de preparación de la zona, materiales a utilizar y posteriores cuidados; y
manifiesto que otorgo mi consentimiento para su realizacion.

En Madrid, a..... de..... de 200.....

En caso de que el usuario padezca alguna enfermedad o tome algun medicamento, acuda a su
medico antes de realizar la practica; asi como, en caso de producirse complicaciones posteriores. Este
consentimiento tiene la posibilidad de revocarse en cualquier momento sin necesidad de expresar
motivacion alguna. Estos datos se guardaran en un fichero de datos propiedad de SONS ART
TATTOO, S.L , sometido a la ley de Proteccion de Datos de Caracter Personal (ley 15 /1999 de 13 de
Diciembre); y el interesado podra ejercer sus derechos de acceso, modificacion y oposicion de estos
datos.

Fdo..... Nombre aplicador..... D.N.I
aplicador.....