



Lo scopo del seguente modulo di consenso è di fornire al paziente, in aggiunta al colloquio preoperatorio con il chirurgo, le informazioni riguardanti le caratteristiche ed i rischi connessi con all'intervento di **LABIOPLASTICA**.

La preghiamo pertanto di leggere attentamente quanto segue, di discutere con il chirurgo la spiegazione di ogni termine che non fosse chiaro e quindi di firmare questo documento come conferma di avere ben compreso le informazioni ricevute.

Prima di illustrare i rischi vs benefici dell'intervento proposto è importante che lei sappia che: lo scopo della chirurgia plastica estetica è quello correggere difetti o dismorfie di varia natura. Chi si aspetta dalla chirurgia plastica estetica trasformazioni miracolose è destinato a inevitabili delusioni.

La chirurgia plastica estetica comporta atti medici e chirurgici e, poiché la chirurgia non è una scienza esatta, non lo è nemmeno la chirurgia plastica estetica. Si deduce che non può essere pronosticata in modo preciso la percentuale di miglioramento del difetto da correggere, l'entità e la durata del risultato e la qualità delle cicatrici residue. E' necessario sottolineare che alcuni fattori condizionano il risultato finale: fra questi, in primo luogo ma non solo, i processi di guarigione e di cicatrizzazione che continuano per mesi dopo l'intervento e non sono completamente controllabili dal chirurgo, né dal paziente, le condizioni generali di salute e le abitudini di vita del paziente, la sua età, le caratteristiche specifiche della pelle e del tessuto sottocutaneo, l'aspetto fisico, e le influenze ormonali ed ereditarie. Tali elementi insieme ad altri fattori, influenzano la variabilità del risultato finale. Ogni atto chirurgico così come la chirurgia plastica estetica, produce inevitabilmente sequele, di differente entità a seconda del tipo d'intervento e del caso specifico, che devono essere valutate prima di sottoporsi all'intervento: fra queste inevitabili sono le cicatrici. Il più delle volte, peraltro, a seguito di tali interventi, le ferite chirurgiche, situate lungo pieghe o solchi naturali, o comunque occultate per quanto possibile in sedi difficilmente accessibili allo sguardo, appaiono poco visibili, ma in realtà sono permanenti ed indelebili.

Talora, a causa di una particolare predisposizione individuale, di sopravvenute complicazioni postoperatorie o di una scarsa attenzione del paziente ai suggerimenti impartiti, le cicatrici possono risultare di qualità scadente. E' bene quindi ricordare che il chirurgo plastico può garantire solo delle ferite chirurgiche suturate con grande precisione, non delle cicatrici invisibili. Come in qualsiasi tipo di chirurgia, anche in chirurgia plastica estetica, sono possibili errori e complicanze. I primi, imprevedibili e indesiderabili e le seconde, prevedibili e a volte inevitabili, rientrano fra i rischi che ogni paziente deve considerare prima dell'intervento. Di conseguenza, per i suddetti motivi, pur rispettando le regole della chirurgia plastica, l'intervento potrebbe non determinare, seppure in casi particolari, il conseguimento degli obiettivi e del risultato auspicato che, di conseguenza, non può essere garantito o assicurato.

## **FINALITA'**

L'ipertrofia delle piccole labbra è una malformazione congenita dei genitali esterni ben conosciuta e non così rara. Secondo le più recenti acquisizioni viene considerata patologica e quindi anomala una paziente che presenta delle piccole labbra la cui lunghezza dalla base d'impianto al margine libero è superiore a 2,5 cm. Questa malformazione, oltre a generare importanti problemi estetici e psicologici, soprattutto nel rapporto di coppia, talvolta può causare anche irritazione cronica locale, infezioni batteriche e micose ricorrenti.

Negli ultimi anni sempre maggiore attenzione a questa problematica è stata dedicata da parte dei chirurghi plastici per ideare e sviluppare tecniche chirurgiche conservative nel rispetto della



normale anatomia e fisiologia di questa regione anatomica.

## **PREPARAZIONE ALL'INTERVENTO**

L'intervento non deve essere eseguito in Pazienti gravide; in caso di dubbio, devono essere effettuate le indagini specifiche. Prima dell'intervento dovranno essere consegnati i referti delle analisi e degli esami pre-operatori prescritti ed il presente prospetto informativo firmato.

Dovranno essere segnalate eventuali terapie farmacologiche in atto (in particolare con cortisonici, contraccettivi, antiipertensivi, cardioattivi, anticoagulanti, ipoglicemizzanti, antibiotici, tranquillanti, sonniferi, eccitanti), terapie omeopatiche e fitoterapiche e segnalate possibili allergie ad antibiotici e farmaci in genere.

Almeno 2 settimane prima dell'intervento va evitata l'assunzione di medicinali contenenti acido acetilsalicilico (tipo Aspirina) e deve essere evitata la contemporanea assunzione di anticoagulanti orali e, comunque, il proseguimento di tali terapie deve essere concordata con il Medico Curante.

Per quanto riguarda la contemporanea assunzione di sostanze come eparina a basso peso molecolare, la sospensione o meno andrà adeguatamente discussa con il Chirurgo.

Almeno un mese prima è consigliato sospendere il fumo, che ha influenze decisamente negative sulla vascolarizzazione cutanea e del grasso. Il fumo limita il flusso del sangue alla pelle e può interferire con i processi di guarigione. Alcuni studi hanno dimostrato che l'incidenza delle complicazioni è di circa 10 volte maggiore nei fumatori.

Il giorno precedente l'intervento deve essere effettuato un accurato bagno di pulizia completo.

Prima dell'intervento deve essere osservato digiuno di almeno 8 ore da cibi solidi e bevande, se l'intervento è stato programmato in anestesia generale o di almeno 4 ore se è stato programmato in anestesia locale con o senza sedazione.

Il giorno dell'intervento è consigliato indossare indumenti con maniche comode e completamente apribile sul davanti.

## **ANESTESIA**

L'intervento viene generalmente eseguito in anestesia locale assistita con sedazione (che consiste nell'infusione endovenosa di farmaci che inducono uno stato di profondo rilassamento), oppure in anestesia generale. È previsto un colloquio con un Medico Anestesista per le opportune informazioni.

## **MODALITA' DELL' INTERVENTO**

L'intervento ha l'obiettivo di creare delle piccole labbra di lunghezza adeguata al volume delle strutture circostanti (grandi labbra e clitoride).

Le cicatrici possono essere parallele al bordo libero delle piccole labbra o perpendicolari ad esse.

Ha durata variabile fra le 1 e 2 ore, a seconda dell'entità della riduzione e della normale variabilità dei tempi operatori.

L'intervento può essere associato a un lipofilling delle grandi labbra qualora queste siano ipotrofiche. In caso di lipofilling le verrà consegnato un consenso specifico che riguarda questa procedura.



## **DOPO L'INTERVENTO**

Il dolore è di norma controllabile con i comuni analgesici. Dovrà essere evitato l'uso di farmaci contenenti acido acetilsalicilico che potrebbero provocare sanguinamenti e quindi la formazione di ematomi.

Ogni intervento chirurgico comporta dei rischi seppur minimi ed è importante che capiate i rischi legati ad una ninfomeiosi. La scelta individuale di sottoporsi ad un intervento chirurgico si basa sul confronto tra il rischio reale ed il beneficio potenziale. Anche se la maggior parte dei pazienti non avrà le complicazioni qui di seguito elencate, dovete analizzare ciascuna di queste complicazioni con il Vostro chirurgo per conoscere veramente tutte le conseguenze possibili di una ninfomeiosi.

**Sanguinamento** - E possibile, benché insolita, una perdita di sangue durante o dopo l'intervento. In caso di sanguinamento post-operatorio, può essere necessario un trattamento di emergenza per drenare il sangue accumulato (ematoma). Non prendere aspirine o farmaci antinfiammatori per dieci giorni prima dell'intervento, in quanto questo può aumentare il rischio di sanguinamento. Accumuli di sangue sotto la cute possono ritardare la guarigione e creare cicatrici. "Erbe", integratori e supplementi dietetici possono aumentare il rischio di sanguinamento.

**Infezione** - Se interviene un'infezione, batterica o micotica, è necessario ricorrere ad un trattamento antibiotico o ad un intervento supplementare.

**Diminuita sensibilità della pelle** – Dopo una riduzione delle piccole labbra l'eventuale diminuzione (o perdita) della sensibilità della mucosa vaginale potrebbe non scomparire completamente. Sensazioni costanti di prurito potrebbero verificarsi dopo questo tipo di intervento. **Irregolarità nel profilo** - Irregolarità, depressioni e pieghe nella pelle potrebbero verificarsi dopo una ninfomeiosi.

**Cicatrizzazione** – Cicatrici ipertrofiche sono molto rare. In casi rari, potrebbero formarsi delle cicatrici anomale. Le cicatrici possono risultare antiestetiche e di colore differente rispetto alla mucosa circostante.

**Anestesia / ipoestesia e parestesie post intervento** possono presentarsi a carico delle piccole labbra residue. In caso di parestesia sarà necessario effettuare dei massaggi desensibilizzanti .

**Asimmetria** -Il nostro corpo è per sua natura asimmetrico. Sicuramente dopo l'intervento le due piccole labbra risulteranno asimmetriche se valutate singolarmente, l'importanza di questo intervento però è dare armonia alla regione anatomica trattata.

**Guarigione lenta** – Può verificarsi un'apertura della ferita o una sua guarigione lenta.

I fumatori hanno un rischio più elevato di perdita della mucosa e di complicanze durante la guarigione.

**Reazioni allergiche** – Raramente sono state segnalate allergie locali a cerotti, materiale di sutura o medicazioni. Le reazioni sistemiche più serie possono derivare dai farmaci usati durante la chirurgia o da farmaci prescritti. Le reazioni allergiche possono richiedere un trattamento supplementare.

**Siero** - Raramente si verificano accumuli di liquido sotto la mucosa vaginale. Se questo accade, ciò può richiedere trattamenti supplementari per il drenaggio del liquido.

**Effetti a lungo termine** - Alterazioni del risultato a livello delle piccole labbra possono verificarsi



**Dott. Leonardo Michele Ioppolo**  
**Specialista in Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica**  
Modulo informativo e consenso informato intervento di  
LABIOPLASTICA – NINFOMEIOSI – RINGIOVANIMENTO GENITALI  
ESTERNI  
IO MEDICAL STP RL

dopo un certo periodo e sono riconducibili ad invecchiamento, perdita o aumento del peso, esposizione al sole o altre circostanze non legate all'intervento stesso.

Ricevo il presente consenso dopo averlo discusso e compreso con il Dott. Leonardo M. Ioppolo in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FIRMA DEL PAZIENTE \_\_\_\_\_

## **CONSENSO INFORMATO A INTERVENTO DI LABIOPLASTICA // RINGIOVANIMENTO GENITALI FEMMINILI ESTERNI**

Io sottoscritto/a: nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_ nato/a

a \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente a : \_\_\_\_\_ in via : \_\_\_\_\_

**DICHIARO** di aver letto il protocollo di consenso informato unito alla presente scheda.  
L'intervento mi è stato dettagliatamente illustrato dal chirurgo (DOTT. IOPPOLO) e ritengo di averne compreso scopi e limiti.

### **In particolare so che:**

Il/La sottoscritto/a è stato/a inoltre informato/a in modo chiaro e comprensibile circa tutti i rischi generici e specifici, anche se marginali, riguardanti sia la preparazione che l'esecuzione dell'intervento chirurgico, in quanto la legge prescrive che il paziente sia edotto preventivamente che ogni intervento chirurgico può comportare morte, embolia, lesioni nervose, infezioni locali e generalizzate, emorragie, necrosi tissutali.

All'intervento residueranno necessariamente delle cicatrici, per le quali potranno essere necessari ulteriori ritocchi chirurgici.

Nel periodo post-operatorio potrà essere avvertito alle zone trattate moderato dolore, che si attenuerà in un periodo variabile di pochi giorni fino a scomparire completamente a qualche settimana dall'intervento.

La sensibilità della pelle ed in particolare dei quadranti centrali potrà rimanere alterata per un periodo variabile, raramente in forma duratura.

È normale che si manifestino sulle regioni trattate delle ecchimosi destinate a scomparire.

In rari casi si possono verificare delle raccolte ematiche o sierose, necrosi cutanee e processi infettivi.

Firma paziente: \_\_\_\_\_



**Dott. Leonardo Michele Ioppolo**  
**Specialista in Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica**  
Modulo informativo e consenso informato intervento di  
**LABIOPLASTICA – NINFOMEIOSI – RINGIOVANIMENTO GENITALI**  
**ESTERNI**  
**IO MEDICAL STP RL**

Sono consapevole che dopo l'intervento potrebbe non risultare una perfetta simmetria delle piccole e Grandi labbra e che per ottenerla potrebbero rendersi necessari ulteriori interventi chirurgici con dei costi addizionali.

## **AUTORIZZO**

Il dr. Leonardo Ioppolo ed i suoi collaboratori ad eseguire su di me l'intervento di

### **LABIOPLASTICA**

Riduzione piccole labbra  DESTRA  Sinistra  Bilaterale  
Lipofilling delle grandi labbra (consenso specifico lipofilling allegato)

L'intervento richiederà un'anestesia Generale//Spinale//Locale+sedazione come meglio chiarito in fase di visita anestesiologicala.

L'incisione decisa con il medico sarà:

Piccole labbra + eventuale incisioni per ingresso delle cannule da lipofilling

Considerazioni specifiche del caso:

---

---

## **AUTORIZZO**

Il dr. Leonardo M. Ioppolo e i suoi collaboratori a modificare secondo scienza e coscienza e secondo le contingenti necessità le tecniche programmate, sia nel corso dell'intervento stesso che in periodo post-operatorio.

Accetto di sottopormi alle terapie mediche e fisiche che mi verranno prescritte nel periodo post-operatorio, essendo informato/a che, in caso contrario, potrei compromettere l'esito dell'intervento.

Poiché la chirurgia non è una scienza esatta, non può essere precisamente pronosticata a priori la percentuale di miglioramento del difetto da correggere e l'entità e la durata del risultato, così come la qualità delle cicatrici residue e l'eventuale costituzione di ematomi e sieromi, in quanto tali eventi dipendono non solo dalle tecniche chirurgiche impiegate ma ancor più dalle risposte dell'organismo. Tali complicazioni possono essere trattate e a tal fine acconsento a sottopormi alle cure del caso, eventualmente anche chirurgiche.

Acconsento ad essere fotografato/a prima, durante e dopo l'intervento, a scopo di documentazione clinica, che il chirurgo si impegna ad usare solo in contesto scientifico e con assoluta garanzia di anonimato.

Sono consapevole che in caso di complicazioni o effetti collaterali o risultati poco soddisfacenti conseguenti all'intervento dovrò informarne con sollecitudine il Dott. Leonardo Ioppolo che metterà in atto un tempestivo e adeguato trattamento secondo le buone regole della Medicina. Qualora non informassi il Dott. Leonardo Ioppolo sono consapevole che egli si riterrà sollevato da ogni responsabilità sull'evoluzione del mio caso e non si riterrà responsabile di correzioni o consigli forniti da altri medici.

DATA DEL CONSENSO: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

FIRMA DEL CHIRURGO CHE ACQUISISCE IL CONSENSO

Dr. Leonardo M. Ioppolo OMCEO RC 9709

---

Firma paziente: \_\_\_\_\_



## **Consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili delle mie immagini e rinuncia ai diritti di immagine ed ai relativi compensi**

La legge stabilisce che la persona abbia diritto a ricevere le informazioni circa la finalità e la modalità di trattamento dei suoi dati personali e che l'interessato presti il proprio consenso espresso per iscritto. Il trattamento dei dati, per i quali viene chiesto il consenso, si rende necessario per assolvere agli obblighi di legge e per le seguenti finalità:

- inserimento dei dati su supporto informatico e cartaceo da parte del Dottor Leonardo Michele Ioppolo per la gestione dell'archivio
- utilizzo dei dati, ivi comprese le immagini, per le finalità professionali del Dottor Leonardo Michele Ioppolo e per le attività e servizi da esso svolti

Oggetto: Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679 Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarla che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuto il Dott. Leonardo Michele Ioppolo.

### **Titolare del trattamento**

Il titolare del trattamento è il Dottor Leonardo Michele Ioppolo, residente a Messina in via Consolare Valeria n.50

### **Responsabile della protezione dei dati (DPO)**

Il Responsabile della protezione dei dati (DPO) è il Dottor Leonardo Michele Ioppolo  
Il Responsabile del trattamento è il Dottor Leonardo Michele Ioppolo.

### **Finalità del trattamento**

I dati personali da Lei forniti sono necessari per gli adempimenti previsti per legge e per l'informazione integrale sui servizi medico chirurgico offerti e per l'espletamento del progetto di riproduzione, elaborazione, trasformazione, e duplicazione dell'immagine del sottoscritto, in qualunque formato e con qualunque mezzo, per l'attivazione del servizio informativo tramite web e opuscoli cartacei.

### **Modalità di trattamento e conservazione**

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR 2016/679 e dall'Allegato B del D.Lgs. 196/2003 (artt. 33-36 del Codice) in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dagli art. 29 GDPR 2016/679.

Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 GDPR 2016/679, previo il Suo consenso libero ed esplicito espresso in calce alla presente informativa, i Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

### **Ambito di comunicazione e diffusione**

Informiamo inoltre che i dati raccolti non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione senza Suo esplicito consenso, salvo le comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti per l'adempimento degli obblighi di legge.

### **Trasferimento dei dati personali**

I suoi dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

### **Categorie particolari di dati personali**

Ai sensi degli articoli 26 e 27 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli 9 e 10 del Regolamento UE n. 2016/679, Lei potrebbe conferire, al titolare del trattamento dati qualificabili come "categorie particolari di dati personali" e cioè quei dati che rivelano "l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona". Tali categorie di dati potranno essere trattate solo previo Suo libero ed esplicito consenso, manifestato in forma scritta in calce alla presente informativa.

### **Esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione**

La dott.ssa Leonardo Michele Ioppolo non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento UE n. 679/2016.

### **Diritti dell'interessato**

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

- a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
- d) ottenere la limitazione del trattamento;
- e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;
- g) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione;
- h) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
- i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- j) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata all'indirizzo e-mail [leonardoioppolo@gmail.com](mailto:leonardoioppolo@gmail.com) o tramite servizio postale presso l'indirizzo della sede legale.

Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta

---

#### DICHIARO

Di conoscere: il nominativo e la sede del titolare del trattamento, nonché l'identità del responsabile; i diritti di cui all'art. 13; le modalità del trattamento cui sono destinati i dati; i dati il cui conferimento ha natura obbligatoria, i dati il cui conferimento ha natura facoltativa, e le conseguenze di un eventuale rifiuto; i soggetti ai quali i dati possono essere comunicati e l'ambito di diffusione dei medesimi; le finalità del trattamento, comprese quelle di promozione ed informazione commerciale.

---

Firma paziente: \_\_\_\_\_



**Dott. Leonardo Michele Ioppolo**  
**Specialista in Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica**  
**Modulo informativo e consenso informato intervento di**  
**LABIOPLASTICA – NINFOMEIOSI – RINGIOVANIMENTO GENITALI**  
**ESTERNI**  
**IO MEDICAL STP RL**

Per espressa ricevuta dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali e per l'attestazione di averne ben compreso il contenuto e di aver avuto modo e tempo di porre ogni quesito al Dottor Leonardo Michele Ioppolo circa il trattamento e la conservazione dei miei dati, anche sensibili, e dei miei relativi diritti.

Esprimo il consenso  NON esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

Esprimo il consenso  NON esprimo il consenso alla comunicazione dei miei dati personali A enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa.

Esprimo il consenso  NON esprimo il consenso al trattamento delle categorie particolari dei miei dati personali così come indicati nell'informativa che precede.

Data \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

#### **Diritti d'immagine**

Io sottoscritto mi impegno sin d'ora a non sollevare eccezioni contro la pubblicazione di fotografie, riprese o riproduzioni grafiche sia digitali che cartacee, in seno a siti internet, manifestazioni organizzate dal Dottor Leonardo Michele Ioppolo o da suoi partner promo-pubblicitari. L'utilizzo della mia immagine a trasmissioni, manifestazioni, pubblicazione di articoli, interviste, fotografie, riprese video, riproduzioni di qualsivoglia genere, inserimento in canali web non darà diritto ad alcun compenso.

Il Dottor Leonardo Michele Ioppolo è autorizzato ad utilizzare le mie fotografie per gli scopi che riterrà più opportuni nell'ambito della propria attività professionale:

- che il Dottor Leonardo Michele Ioppolo è libero di utilizzare, in qualunque forma e modo, in Italia e all'estero, le mie immagini, sia in forma digitale che mediante qualsivoglia riproduzione senza limitazioni di vincolo, per tutti i fini, anche se solo connessi all'attività svolta.
- che il materiale fornito potrà essere inserito nei canali web di titolarità del Dottor Leonardo Michele Ioppolo e in ogni supporto cartaceo, quali opuscoli, riviste ecc.
- che il Dottor Leonardo Michele Ioppolo è libero di effettuare elaborazioni, trasformazioni, e duplicazioni delle mie immagini, in qualunque formato e con qualunque mezzo;
- che per le elaborazioni, trasformazioni, e duplicazioni delle mie immagini e della sua prestazione, in qualunque formato e con qualunque mezzo, che sarà comunque facoltà del Dottor

Leonardo Michele Ioppolo utilizzare, e per tutto quanto fin qui convenuto, nonché per quanto eventualmente spettante in virtù delle disposizioni in materia di diritto d'autore, in vigore tempo per tempo, rinuncia alla corresponsione di qualsivoglia compenso e/o rimborso spese.

Data \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_