

DOTT.SSA VALENTINA CASELLI BIOLOGA NUTRIZIONISTA

Lettera di incarico professionale, consenso informato e consenso al trattamento dei dati

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____,

il _____, C.F. _____, residente a _____,

in via /p.zza _____ n. _____,

con la sottoscrizione della presente scrittura

dichiara

1. Di voler affidare alla Dott.ssa Valentina Caselli, P.IVA 04017460363, iscritta all'Ordine dei Biologi dell'Emilia Romagna e delle Marche al numero ERM_A04456, l'incarico professionale per la valutazione dei propri bisogni nutritivi ed energetici, ai sensi dell'art. 3 della legge n. 396/1967, e coerentemente per l'elaborazione di una dieta ottimale personalizzata. Il presente incarico decorre dalla sottoscrizione del presente documento e si intende conferito fino alla conclusione della prestazione professionale richiesta.

2. Di essere stato dettagliatamente informato/a e di condividere la validità e la convenienza di sottoporsi quanto prima ad un accertamento medico per una constatazione del proprio stato fisico-patologico e di aver ben compreso quali potrebbero essere i potenziali legami e rischi rispetto ai suggerimenti prospettati dalla Dott.ssa Valentina Caselli funzionali ed idonei ai miei bisogni nutritivi ed energetici. A tal proposito, si impegna a darne tempestiva comunicazione alla Dott.ssa Valentina Caselli al fine di potere determinare la dieta ottimale alle mie personali e reali condizioni di salute.

3. Di avere inoltre compreso i vantaggi, i limiti, le complicanze del regime alimentare che mi verrà consigliato, in particolare: a) per il regime alimentare che mi è stato consigliato la Nutrizionista potrà consigliarmi integratori alimentari riguardo i quali mi è stato ben spiegato l'utilità, le modalità di utilizzo, le indicazioni, le controindicazioni ed i possibili effetti collaterali; b) di aver compreso che la percentuale dei risultati positivi del regime alimentare dipenderà dalle singole risposte dell'organismo; c) di aver compreso che, per la conservazione di un buon equilibrio nutrizionale nel tempo sono opportune sedute periodiche di controllo; d) sono stato informato/a sui comportamenti da tenere, tempi tecnici ed i consigli da seguire nel periodo del regime alimentare consigliato, consapevole che in caso contrario il risultato finale potrebbe essere compromesso e, data la natura del trattamento cui decido di sottopormi, non è possibile garantire né stabilire a priori in modo preciso l'esatto risultato finale; e) che mi è stata data l'opportunità di porre domande sulla mia condizione e sul regime alimentare che mi verrà consigliato.

4. Di non aver omesso di dichiarare alcunché rispetto al mio attuale e pregresso stato psicofisico e patologico, in particolare eventuali gravidanze in corso, terapie farmacologiche in atto o passate, patologie presenti o

pregresse, allergie e/o interventi chirurgici subiti e di impegnarmi a comunicare alla Dott.ssa Valentina Caselli gli esiti degli accertamenti sanitari a cui mi sottoporro. È mia esclusiva responsabilità informare prontamente la Dott.ssa Valentina Caselli qualora sopraggiungessero variazioni del mio stato psico-patologico che abbiano inerenza all'incarico conferito, esonerandola da ogni e qualsiasi responsabilità in ipotesi di mancata comunicazione o di omesso accertamento. Pertanto è mio obbligo far pervenire tempestivamente presso lo studio della Dott.ssa Valentina Caselli tutta la documentazione e le certificazioni mediche in mio possesso o delle quali verrò in possesso afferenti al mio stato psico-patologico.

5. Di essere stato informato/a che per lo svolgimento delle prestazioni oggetto del presente incarico, la Dott.ssa Valentina Caselli richiederà un compenso nella misura di:

- prima visita in studio con valutazione nutrizionale e successiva consegna del piano dietetico personalizzato: 95 €
- prima visita in studio con valutazione nutrizionale e consigli dietetici personalizzati: 65 €
- controlli successivi in studio: 40 €

(I controlli hanno generalmente cadenza mensile ma la Dott.ssa Valentina Caselli si riserva la possibilità di consigliare controlli più ravvicinati o dilazionati nel tempo qualora ne ravveda la necessità).

Il compenso pattuito s'intende comprensivo del contributo integrativo previdenziale e della marca da bollo. Per eventuali prestazioni specifiche diverse da quelle indicate nella presente lettera d'incarico i corrispondenti compensi saranno determinati sulla base di ulteriore accordo fra le parti.

6. Prendo atto che la Dott.ssa Valentina Caselli è attualmente assicurata per la responsabilità contro i rischi professionali, con apposita polizza numero EQ000018930-LB contratta con la compagnia di assicurazioni Lloyd's Insurance Company S.A. con massimale d'indennizzo pari a cinquecentomila € (500.000,00).

7. Ai sensi del art. 13 del Regolamento UE 679/16, autorizzo la Dott.ssa Valentina Caselli al trattamento dei miei dati personali per l'esecuzione dell'incarico affidato.

In relazione ai dati personali che mi riguardano e che saranno oggetto del trattamento, esplicitamente fornisco il mio consenso al trattamento dei dati e dichiaro di essere informato di quanto segue:

a. I dati sensibili da me forniti verranno trattati secondo i principi di liceità, correttezza, adeguatezza ed in generale nei limiti di quanto previsto dal Regolamento per le finalità e le modalità di valutazione, consulenza ed intervento nutrizionale connesse all'assolvimento dell'incarico professionale da me conferito;

I miei dati saranno altresì trattati oltre che per adempiere agli obblighi precontrattuali, contrattuali e fiscali derivanti da rapporti con me in essere, anche per adempiere agli obblighi previsti dalla legge, da un regolamento, dalla normativa comunitaria o da un ordine dell'Autorità (come ad esempio in materia di antiriciclaggio), oltre che per esercitare i diritti del Titolare, quale ad esempio il diritto di difesa in giudizio.

b. Il trattamento dei dati sarà effettuato sia manualmente che avvalendosi di strumenti elettronici e comunque con misure tecniche ed organizzative che garantiscano un livello di sicurezza adeguato al rischio,

in particolare dalla perdita, dalla modifica, dalla divulgazione non autorizzata o dall'accesso accidentale o illegale.

c. Il conferimento dei dati è obbligatorio per potere assolvere all'incarico conferito per le finalità di cui al punto a. e l'eventuale rifiuto a fornire tali dati comporta l'impossibilità di dare esecuzione al contratto e quindi l'impossibilità di ricevere la prestazione sanitaria richiesta e la relativa assistenza.

d. I dati raccolti non costituiranno flusso d'informazioni dal Titolare verso l'esterno, ma saranno trattati esclusivamente dal Titolare e per le finalità dichiarate. Gli stessi non saranno oggetto di diffusione senza il mio 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. Previo mio esplicito consenso, gli stessi potranno essere trasmessi a professionisti che, successivamente all'incarico, si riterranno utili consultare per il perseguimento della finalità specificata.

e. Il Titolare del trattamento è la Dott.ssa Valentina Caselli con studio in Via Vandelli 327, 41053, Maranello (MO).

f. Le fatture relative alle prestazioni sanitarie rese verranno inviate al Sistema Tessera Sanitaria per la predisposizione del mio Modello 730 precompilato. Qualora volessi oppormi a tale invio potrò comunicarlo oralmente alla Dott.ssa Valentina Caselli, la quale provvederà ad annotare l'opposizione sulla mia fattura.

g. In ogni momento potrò esercitare i miei diritti nei confronti del Titolare del trattamento, quali il diritto di accesso, di rettifica, di cancellazione, di limitazione del trattamento dei dati personali che mi riguardano, o il diritto di oppormi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati, ed in generale tutti i diritti previsti dal Regolamento.

h. Al fine di tutelare i diritti di cui al punto precedente, potrò proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali.

i. I miei dati verranno conservati, e successivamente cancellati o distrutti, per il tempo necessario al raggiungimento delle finalità di cui al punto a. e, in ogni caso, per il tempo che il Titolare riterrà necessario per assolvere agli obblighi normativi.

l. Il consenso prestato con la sottoscrizione del presente modulo è in ogni momento revocabile. L'esercizio del diritto di revoca non pregiudica le prestazioni già rese;

Luogo e Data _____ Firma Leggibile _____

In caso di minore il consenso è firmato dai sottoscritti _____, nata/o
a _____ il _____ e _____, nato/a
a _____ il _____, esercenti la responsabilità genitoriale del paziente.

Luogo e Data _____ Firma Leggibile _____

Luogo e Data _____ Firma Leggibile _____