

# **Consenso informato per il trattamento dei dati personali sensibili**

## **Contratto di consulenza nutrizionale**

### **Consulente e titolare del trattamento dei dati**

Dott. Luigi Pasini

Biologo Nutrizionista

C.F. PSNLGU78S18H926H

P.IVA 11111111111

Via dell'indipendenza n. 74, 40121 Bologna

Iscritto all'Ordine Nazionale dei Biologia Sezione A n. AA085430

Tel 3332436469

Email. [info@luigipasini.com](mailto:info@luigipasini.com)

## **Informativa ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE 2016/679**

Gentile Signore/a,

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/16, in relazione ai dati personali che La riguardano e che saranno oggetto del trattamento, La informo di quanto segue:

1. I dati sensibili da Lei forniti verranno trattati secondo i principi di liceità, correttezza, adeguatezza, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento per le finalità connesse all'assolvimento dell'incarico professionale da Lei conferito (consulenza, anamnesi, visita e valutazione nutrizionale, elaborazione del piano nutrizionale, ecc.).
2. Il conferimento dei dati è obbligatorio per potere assolvere all'incarico conferito per le finalità di cui al punto 1 e l'eventuale rifiuto a fornire tali dati comporta l'impossibilità di dare esecuzione al contratto e quindi l'impossibilità di fornirLe la prestazione sanitaria richiesta e la relativa assistenza.
3. Il trattamento dei dati sarà effettuato sia manualmente che avvalendosi di strumenti elettronici.
4. I dati in nessun caso saranno oggetto di diffusione e saranno comunicati esclusivamente a soggetti autorizzati (e.g. medico curante) ed al professionista esterno che cura la contabilità del titolare di dati. In quest'ultimo caso i dati comunicati saranno quelli strettamente necessari per assolvere agli obblighi contabili e fiscali (e.g. commercialista, consulente del lavoro, o altre figure che trattano i dati in nome e per conto del Titolare, ma con una propria struttura ed organizzazione e con delle finalità specifiche).
5. Le fatture relative alle prestazioni sanitarie rese, verranno inviate al Sistema Tessera Sanitaria per la predisposizione del Suo Modello 730 precompilato. Qualora volesse opporsi a tale invio, potrà comunicarlo oralmente al Titolare stesso, il quale provvederà ad annotare l'opposizione sulla Sua fattura.

## **Dichiarazione di consenso per la raccolta dei dati personali e contratto di consulenza nutrizionale**

Il/La sottoscritto/a

nato a

C.F.

residente in

in via

In qualità di committente, con la sottoscrizione della presente scrittura

### **DICHIARA**

1. Di volere affidare, in base al seguente contratto, al Dott. Luigi Pasini l'incarico professionale per la valutazione dei propri bisogni nutritivi ed energetici con coerente elaborazione di un programma nutrizionale ottimale, ai sensi dell'art. 3 della legge n. 396/1967. Il presente incarico decorre dalla sottoscrizione del presente documento e si intende conferito fino alla conclusione della prestazione professionale richiesta.

2. Di aver ben compreso i vantaggi e i limiti del regime alimentare che mi verrà consigliato.

A riguardo:

a. il Dott. Luigi Pasini mi potrà consigliare l'utilizzo di integratori alimentari, riguardo ai quali mi è stato ben spiegato l'utilità, le modalità di utilizzo, le indicazioni, le controindicazioni ed i possibili effetti collaterali;

b. il Dott. Luigi Pasini mi potrà altresì consigliare un programma di attività motoria al fine d'integrare, nel modo più adeguato possibile e in base alle mie caratteristiche personali, il piano alimentare prescrittomi;

c. i risultati positivi derivanti dal regime alimentare proposto dipenderà dalle risposte individuali dell'organismo e, data la natura stessa del trattamento cui decido di sottopormi, non è possibile garantire né stabilire a priori l'esatto risultato finale;

d. confermo di aver riferito correttamente la mia anamnesi ed in particolare eventuali terapie farmacologiche effettuate in passato o tuttora in corso, attuali o precedenti patologie e/o interventi chirurgici, allergie e intolleranze, abitudini di vita;

e. mi è stata data l'opportunità di porre domande sulla mia condizione e sul regime alimentare che mi verrà consigliato;

f. allego il diario alimentare da me compilato.

3. Di essere stato informato/a sui comportamenti da tenere, le tempistiche di assunzione di pasti e bevande ed i consigli da seguire nel periodo del regime alimentare consigliato, consapevole che in caso contrario il risultato finale potrà essere compromesso.

4. Di non aver omesso alcunché riguardo al mio attuale e pregresso stato fisico-patologico e di informare prontamente il Dott. Luigi Pasini qualora sopraggiungessero variazioni del mio stato fisico-patologico che abbiano attinenza con l'incarico conferito, esonerandolo da ogni responsabilità per la mancata comunicazione o l'omissione di accertamenti.

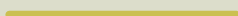
5. Di aver letto e compreso quanto sopra riportato.

6. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del Titolare del trattamento dei dati, quali il diritto di accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che La riguardano o il diritto di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati, ed in generale tutti i diritti previsti dal Regolamento UE 2016/679.

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

8. Il Suoi dati verranno conservati per il tempo necessario per il raggiungimento delle finalità di cui al punto 1 ed in ogni caso, per assolvere agli obblighi imposti dalle normative sanitarie.

9. 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 ma potrebbe inficiare l'assolvimento di eventuali incarichi futuri.



Soddisfatto/a delle informazioni fornitemi, consapevolmente e spontaneamente presto il mio consenso a ricevere e seguire il regime alimentare consigliatomi e autorizzo, ai sensi del D.Lgs n. 196 del 30/06/2003, il Dott. Luigi Pasini al trattamento dei miei dati personali sensibili al fine esclusivo della prestazione professionale fornitemi.

Il Committente ha l'obbligo di mettere a conoscenza e far pervenire tempestivamente al Consulente tutta la documentazione e le informazioni necessarie all'espletamento dell'incarico.

Il Committente può recedere dal contratto per la prestazione professionale in qualsiasi momento, revocando il mandato conferito, senza alcun obbligo di motivazione. In tal caso il Committente sarà comunque tenuto a rimborsare le spese sostenute ed a pagare il compenso dovuto per l'opera già svolta.

Letto, confermato e sottoscritto

Il Committente \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

## Dichiarazione di responsabilità del consulente nutrizionale










Io sottoscritto **Dott. Luigi Pasini**, iscritto all'Ordine Nazionale dei Biologi Sez. A con numero d'ordine AA\_085430

In qualità di consulente, con la sottoscrizione della presente scrittura accetto il contratto di prestazione professionale a seguito di quanto dichiarato dal

Committente Signore/a

C.F.

E accetto altresì di fornire la mia consulenza nutrizione e la mia prestazione professionale in base a quanto descritto nella pagina web dedicata ([www.luigipasini.com](http://www.luigipasini.com)), riguardante nello specifico:

 <b>Visita Nutrizionale per la Persona</b>	<b>100 €</b>
 <b>Visita Nutrizionale per lo Sportivo</b>	<b>120 €</b>
 <b>Visita di Controllo per la Persona</b>	<b>70 €</b>
 <b>Visita di Controllo per lo Sportivo</b>	<b>90 €</b>
 <b>Programma Integrato per la Persona (6 mesi)</b>	<b>250 €</b>
 <b>Programma Integrato per la Persona (12 mesi)</b>	<b>400 €</b>
 <b>Programma Prevenzione</b>	<b>150 €</b>
 <b>Programma Integrato per lo Sportivo</b>	<b>450 €</b>
 <b>Programma Integrato Squadre</b>	<b>2500 €</b>

Il Consulente, reso noto il grado di complessità dell'incarico e rappresentate tutte le informazioni utili circa gli oneri ipotizzabili fino alla conclusione dell'incarico, concorda con il Committente, per le prestazioni professionali prestate, un compenso pari a

€

Tale importo si intende comprensivo di marca da bollo (euro 2) e del contributo integrativo previdenziale ENPAB nella misura del 4%.

Con l'assunzione dell'incarico il Consulente si impegna a prestare la propria opera usando la diligenza richiesta dalla natura dell'attività esercitata, dalle leggi e dalle norme deontologiche della professione.

Il Consulente è attualmente assicurato per la responsabilità civile contro i rischi professionali, con apposita **polizza n.** \_\_\_\_\_ contratta con la Compagnia di Assicurazioni (massimale: 250.000 euro; scadenza).

Letto, confermato e sottoscritto

Il Consulente \_\_\_\_\_

Ai sensi e per gli effetti di cui agli art. 1341, comma 2°, e 1342, c.c. si approva il contratto di consulenza nutrizionale sopra descritto.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il committente \_\_\_\_\_

Il consulente \_\_\_\_\_