

FACSIMILE - Informativa per il trattamento dei dati personali sensibili

Consulente e titolare del trattamento dei dati

Dott. Luigi Pasini

Biologo Nutrizionista

C.F. PSNLGU78S18H926H

P.IVA 04014281200

Via dell'indipendenza n. 74, 40121 Bologna

Federazione Nazionale degli Ordini dei Biologi (FNOB) - Sezione A - n. ERM_A03966

Tel 3332436469

Email. info@luigipasini.com

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

Gentile Signore/a,

Fatta premessa che, a seguito del **provvedimento n.55 del 07/03/2019**, il Garante della Privacy chiarisce che il professionista sanitario è soggetto al **segreto professionale** e non è tenuto a richiedere il consenso dall'interessato/a per i trattamenti necessari alla prestazione sanitaria.

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 e richieste dalla prestazione sanitaria** (consulenza, anamnesi, visita e valutazione nutrizionale, elaborazione del piano nutrizionale, ecc.).
2. Il conferimento dei dati è **necessario 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 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.

Affidamento dell'incarico professionale di consulenza nutrizionale

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____
C.F. _____
residente in _____
in via _____

In qualità di committente, con la sottoscrizione della presente scrittura

ATTESTA

1. Di volere affidare al **Dott. Luigi Pasini** l'incarico professionale di **consulenza alimentare e 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 essere consapevole dei vantaggi e dei 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 verrà 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 dipenderanno dalle risposte individuali dell'organismo e, data la natura stessa del trattamento cui deciderò 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 verrà data l'opportunità di porre domande sulla mia condizione e sul regime alimentare che mi verrà consigliato;

f. il file di **anamnesi** ed il **diario alimentare** da me compilati sono **necessari** per l'elaborazione e la consegna del piano alimentare da parte del Dott. Luigi Pasini.

3. Di comprendere l'importanza delle informazioni nutrizionali che riceverò, in particolare 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.

Il Committente 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.

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

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**.

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 **revocare la prestazione professionale in qualsiasi momento**, 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**.

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.

Ai sensi e per gli effetti di cui agli art. 1341, comma 2°, e 1342, c.c.

Letto, confermato e sottoscritto

Firma del Committente per presa visione

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 n. ERM_A03966.

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

E accetto altresì di fornire la mia **consulenza nutrizionale** e la mia **prestazione professionale**, in base a quanto descritto nella pagina web dedicata (<https://www.luigipasini.com/programmi-tariffe>) e in allegato, avendo reso noto il grado di complessità dell'incarico.

All'importo della prestazione sanitaria nutrizionale, a norma di legge, è necessario aggiungere una marca da bollo (euro 2) per le fatture non imponibili o esenti IVA per importi maggiori di 77,47 euro, oltre al 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 **R.C. Professionale n. 620.014.0000911592** contratta con la Compagnia **Vittoria Assicurazioni** (massimale: 500.000 euro).

Ai sensi e per gli effetti di cui agli art. 1341, comma 2°, e 1342, c.c.

Letto, confermato e sottoscritto

Il Consulente
