

Lettera di incarico professionale e consenso al trattamento dei dati

Il sottoscritto _____, nato a _____, il _____, COD. FISC. _____, residente in _____, alla via _____,

con la sottoscrizione della presente scrittura

dichiara

1. di voler affidare alla dott.ssa **VALENTINI SIMONA**, P.IVA 12706541005, iscritta all'Ordine Nazionale dei Biologi al numero AA_056957 sez. A 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 la 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 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 Valentini Simona funzionali ed idonei ai miei bisogni nutritivi ed energetici. A tal proposito, si impegna a darne tempestiva comunicazione alla dott.ssa Valentini Simona al fine di potere determinare la dieta ottimale alle mie personali e reali condizioni di salute.

3. di non aver omesso di dichiarare alcunché rispetto al mio attuale e pregresso stato fisico - patologico e di impegnarmi a comunicare alla dott.ssa Valentini Simona gli esiti degli accertamenti sanitari a cui mi sottoporro. E' mia esclusiva responsabilità informare prontamente la dott.ssa Valentini Simona qualora sopraggiungessero variazioni del mio stato psico - patologico che abbia inerenza all'incarico conferito, esonerandolo da ogni e qualsiasi responsabilità in ipotesi di mancata comunicazione o di omesso accertamento. Pertanto, è mio obbligo far pervenire tempestivamente alla dott.ssa Valentini Simona tutta la documentazione e le certificazioni mediche in mio possesso o delle quali verrò in possesso afferenti il mio stato psico-patologico.

4. di essere stato informato che per lo svolgimento delle prestazioni oggetto del presente incarico, alla dott.ssa Valentini Simona compensi nella misura fissa di:

- **euro 100** (sessanta euro) per la prima visita
- **euro 60** (sessanta euro) per i controlli (da effettuarsi entro 40 giorni dalla prima visita)

Per eventuali prestazioni specifiche diverse da quelle indicate nella presente lettera di incarico i corrispondenti compensi saranno determinati sulla base di ulteriore accordo fra le parti. La dott.ssa Valentini Simona durante il corso della prestazione, può richiedere acconti sul compenso, in misura non superiore alla percentuale del 10%.

5. prendo atto che la dott.ssa Valentini Simona è attualmente assicurata per la responsabilità contro i rischi professionali, con apposita polizza n. 6125378, contratta con la Compagnia di assicurazioni Aviva, con limite di indennizzo pari ad euro 500.000 (in lettere) Cinquecentomila.

6. ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/16, autorizzo la dott.ssa Valentini Simona 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 di **consulenza nutrizionale** (consulenza, diagnosi, ecc) connesse all'assolvimento dell'incarico professionale da me conferito;

b. il trattamento sarà effettuato sia manualmente che avvalendosi di strumenti elettronici;

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 in nessun caso saranno oggetto di diffusione e saranno comunicati esclusivamente a soggetti autorizzati ed al professionista esterno (ad esempio commercialista) che, in qualità di responsabile del trattamento, cura la contabilità dello Studio. In quest'ultimo caso i dati comunicati saranno quelli strettamente necessari per assolvere agli obblighi contabili e fiscali;

e. Il titolare del trattamento è la dott.ssa Valentini Simona con studio in Roma, Piazza Biagio Pace 12.

f. In ogni momento potrò esercitare i miei diritti nei confronti del titolare del trattamento, quali il diritto di accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento 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.

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

h. I miei dati verranno conservati per il tempo necessario per il raggiungimento delle finalità di cui al punto a. ed in ogni caso, per assolvere agli obblighi imposti dalle normative sanitarie.

i. 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;

Data _____ Firma Leggibile _____

I sottoscritti _____, nata a _____ il _____

E _____, nato a _____ il _____,

esercenti la responsabilità genitoriale del minore:

_____, nato a _____ il _____ dopo avere letto il superiore incarico professionale, nonché l'informativa sul trattamento dei dati ivi contenuta, danno il consenso al trattamento dei dati per le finalità ivi indicate e dichiarano di accettare il contenuto dell'incarico in ogni sua parte.

Data _____ Firma Leggibile _____

Data _____ Firma Leggibile _____