

Dott.ssa Silvia Petruzzelli
Biologo Nutrizionista
Dott. Magistrale in Scienze della nutrizione umana
P.iva 02685210466
Iscrizione all'albo n. AA_100295



Ordine dei
Biologi della
Lombardia

Dott.ssa Silvia Petruzzelli
N. Iscrizione AA_100295



Conferimento incarico e Consenso al Trattamento dei Dati Personali

Il/La sottoscritto/a.....
nato/a.....(.....)

il.....
residente a.....

CAP..... Via.....
C.F.....

DICHIARA

1. di voler affidare alla **Dott.ssa Silvia Petruzzelli, nata a Bari, il 30/12/1965 iscritta all'Albo Professionale dei Biologi della Lombardia, Sezione A con n. AA_100295**, l'incarico professionale per la valutazione dei propri bisogni nutritivi ed energetici, ai sensi dell'art. 3 della legge n. 396/1967, e 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 aver ben compreso vantaggi, limiti, complicitanze del regime alimentare che mi verrà consigliato, in particolare:

- a) per il regime alimentare che mi è stato consigliato il 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.

3. di aver riferito correttamente la mia anamnesi ed in particolare eventuali **terapie farmacologiche** effettuate in passato o tutt'ora in corso, attuali o precedenti patologie e/ o interventi chirurgici, allergie e abitudini di vita.

4. di essere stato dettagliatamente informato e di condividere la validità e la convenienza di sottopormi quanto prima ad un **accertamento medico** per una constatazione del mio stato fisico-patologico e di aver ben compreso quali potrebbero essere i potenziali legami e rischi rispetto ai suggerimenti funzionali ed idonei ai miei bisogni nutritivi ed energetici

Dott.ssa Silvia Petruzzelli
Biologo Nutrizionista
Dott. Magistrale in Scienze della nutrizione umana
P.iva 02685210466
Iscrizione all'albo n. AA_100295



Ordine dei
Biologi della
Lombardia

Dott.ssa Silvia Petruzzelli
N. Iscrizione AA_100295



prospettati dalla Dott.ssa Petruzzelli. A tal proposito, mi impegno a darne tempestiva comunicazione alla suddetta Dott.ssa al fine di potere determinare la dieta ottimale alle mie personali e reali condizioni di salute.

5. **di non aver omesso di dichiarare alcunché rispetto al mio attuale e pregresso stato psico-patologico** e di impegnarmi a comunicare alla Dott.ssa Petruzzelli gli esiti degli accertamenti sanitari a cui mi sottoporro. E' mia esclusiva responsabilità informare prontamente la Dott.ssa Petruzzelli qualora sopraggiungessero variazioni del mio stato psico-patologico che abbiano attinenza con l'incarico conferito, esonerando da ogni responsabilità per la mancata comunicazione o l'omissione di accertamenti. Pertanto, è mio obbligo far pervenire tempestivamente alla suddetta Dott.ssa tutta la documentazione e le certificazioni mediche in mio possesso o delle quali verrò in possesso afferenti il mio stato psico-patologico.

6. di essere stato informato che in caso di **dieta chetogenica o VLCKD** le controindicazioni assolute sono: gravidanza/allattamento, insufficienza renale, insufficienza epatica, diabete di tipo I, infarto miocardico acuto, calcolosi renale/biliare, patologie psichiatriche.

Se presento una o più delle suddette condizioni sono tenuto a riferirlo al Nutrizionista ed optare per un regime dietetico differente ed idoneo.

7. di essere stato informato che per lo svolgimento delle prestazioni oggetto del presente incarico il compenso della Dott.ssa Petruzzelli corrisponde ad euro

- 130 (centotrenta) per Consulenza nutrizionale
- 140 (centoquaranta) per Vista a Firenze e a Barga
- 150 (centocinquanta) per Vista a Bologna e Milano
- 160 (centocinquanta) per Vista a Roma e a Bari
- 166 (centocinquanta) per Vista a Treviso

Il compenso pattuito si intende comprensivo del contributo integrativo previdenziale. La **marca da bollo da 2 euro sarà a carico del destinatario della fattura.**

8. di aver compreso che il servizio di Consulenza a Distanza comprende Assistenza al Percorso Nutrizionale e Consigli Nutrizionali.

Prendo atto che la Dott.ssa Petruzzelli è attualmente assicurata per la responsabilità contro i rischi professionali, con apposita **polizza n. 440630295** contratta con la compagnia assicurativa GENERALI.

Dichiaro di aver letto e compreso quanto sopra riportato

Soddisfatto/a delle informazioni fornitemi, consapevolmente e spontaneamente presto il mio consenso a ricevere e seguire il regime alimentare consigliato.

Luogo e Data

Firma Leggibile



In caso di minore, il consenso è firmato dal sottoscritto/a (padre, madre) del paziente.

Modulo di autorizzazione al trattamento dei dati personali (Informativa ai sensi dell'art.13 Regolamento UE 679/2016)

Gentile Signora/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 informiamo di quanto segue:

1. I dati sensibili da Lei 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 e prescrizione di piano alimentare connessi all'assolvimento dell'incarico professionale da Lei conferito.
2. Il trattamento sarà effettuato sia manualmente che avvalendosi di strumenti elettronici.
3. 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.
4. I dati in nessun caso saranno oggetto di diffusione e saranno comunicati esclusivamente a soggetti autorizzati ed al professionista esterno 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.
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.
6. Il titolare del trattamento è la Dott.ssa Silvia Petruzzelli, via Posta 25, Barga (LU).
7. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti dei titolari del trattamento, 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.
8. Al fine di tutelare i diritti di cui al punto precedente, potrà proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali.
9. 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.
10. 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.

Dott.ssa Silvia Petruzzelli
Biologo Nutrizionista
Dott. Magistrale in Scienze della nutrizione umana
P.iva 02685210466
Iscrizione all'albo n. AA_100295



Ordine dei
Biologi della
Lombardia

Dott.ssa Silvia Petruzzelli
N. iscrizione AA_100295



Il sottoscritto _____,

nato a _____ il _____,

dopo avere letto la superiore informativa, dà il consenso al trattamento dei dati che lo riguardano per le finalità ivi indicate

Luogo e Data

Firma Leggibile

In caso di minore, il consenso è firmato dal sottoscritto/a (padre, madre) del paziente.