

LETTERA DI INCARICO

Il/la sottoscritto/a _____ residente a _____ (____)
CAP _____ in Via _____, n° _____

C.F.: _____, cell. _____, email _____,

dichiara di essere stato/a informato/a che il piano alimentare verrà elaborato in seguito alla raccolta di tutti i dati necessari durante la prima visita ed inviato via email entro una settimana dalla prima visita.

Durante il periodo preposto all'attuazione del programma nutrizionale, la DR Ilaria Bertini mi potrà consigliare integratori alimentari dei quali mi sono state o mi saranno spiegate l'utilità, le modalità di utilizzo, le indicazioni, tenendo conto dell'individualità di risposta non prevedibile in modo esatto.

I risultati positivi ottenuti seguendo il piano alimentare, dipenderanno dall'adesione al medesimo e dalle risposte soggettive dell'organismo; sono stato/a informato/a sui consigli da seguire e sui comportamenti da tenere in questo periodo, consapevole che in caso contrario, il risultato finale potrebbe essere compromesso. Data la natura del percorso che intendo seguire, non è possibile garantire né stabilire a priori in modo preciso l'esatto risultato finale.

Dichiaro di avere riferito correttamente la mia anamnesi ed in particolare eventuali terapie farmacologiche effettuate o in corso, precedenti patologie e/o interventi chirurgici, allergie, abitudini di vita. Di voler sollevare la DR Ilaria Bertini da responsabilità legate ad omessa comunicazione circa la propria condizione di salute (o di quella del soggetto che rappresenta in qualità di tutore) o di un eventuale variazione del proprio stato fisio-patologico.

Mi è stata data l'opportunità di porre domande sulla mia condizione e sul piano alimentare che mi verrà proposto.

Mi è stato spiegato che la frequenza dei controlli potrà essere concordata tenendo conto delle mie esigenze e di eventuali necessità correlate alle strategie nutrizionali che verranno attuate.

Sono stato/a informato/a sui costi relativi alle prestazioni effettuate da DR Ilaria Bertini. Per controlli effettuati a più di **6 mesi** di distanza dall'ultima visita, che pertanto implicano una rivalutazione della condizione del/la paziente, il costo sarà equivalente ad una prima visita.

Dichiaro di aver letto e perfettamente compreso quanto sopra riportato.

Acconsento a ricevere e a seguire il piano alimentare consigliato.

Data ____/____/____ Firma del paziente _____

o firma dei genitori, in caso di paziente minore _____

In mancanza di consenso scritto di entrambi i genitori, il/La sottoscritto/a _____ consapevole delle conseguenze amministrative e penali per il rilascio di dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, DICHIARA di aver manifestato il consenso in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316,337 TER e QUATER del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Data e Firma del padre e/o della madre: _____

ADEGUAMENTO PRIVACY EUROPEA GDPR (Regolamento Europeo 2016/679)

Nome e Cognome: Cod. fiscale:

Nome e Cognome del genitore o tutore (se minore):

Nome e Cognome **minore**:

Cod. Fiscale minore:

Gentile signore/signora o genitore o tutore, desidero informarLa che il "Regolamento Europeo 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al Trattamento dei Dati Personali, nonché alla libera circolazione di tali dati" (da ora in poi "**GDPR**") prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

La drssa Bertini Ilaria, in qualità di DIETISTA (iscritto/a all'albo dei Dietisti - Ordine TSRM PSTRP di verona con il n.9) del paziente e in qualità ' di "Titolare" del trattamento, ai sensi dell'articolo 13 del GDPR, pertanto, Le fornisce le seguenti informazioni:

CATEGORIE DI DATI:

La drssa Bertini Ilaria, in qualità di DIETISTA, tratterà i dati personali e/o sensibili e inerenti la sua salute (o la salute del minore).

FONTE DEI DATI PERSONALI:

I dati personali di cui la DR Bertini Ilaria, in qualità di DIETISTA del paziente (o del paziente minore) verrà in possesso sono raccolti direttamente all'atto della Visita Dietistica. I dati personali saranno forniti da Lei stessa o verranno acquisiti altrove ma con il vostro preliminare ed esplicito consenso.

I dati personali relativi a nome e cognome, indirizzo, data di nascita e codice fiscale sono condivisi con GIORGIA MUNARI, nata il 21/09/1996, CF: MNRGRG96P61F964G, nel ruolo di gestione agenda, appuntamenti ed inserimento dati del paziente nel gestionale BEE BEE BOARD.

TITOLARE DEL TRATTAMENTO:

Il titolare del trattamento è La DR Bertini Ilaria, Cod. Fiscale: BRTLRI83A55L781F, P.Iva: 03649670233
Lavoro presso gli studi:

- Poliambulatorio New Life, via Leonardo da Vinci n°26, 37138 Verona. Telefono 045 532119. E-mail: info@newlifeambulatori.com
- Collaborazione con la DR TOMASI per pazienti in comune ed i dati personali del paziente sono condivisi tra la DR ilaria bertini e la DR cristina tomasi (piazza mazzini 18, 39100 bolzano)

FINALITÀ' DI TRATTAMENTO DEI DATI E BASE GIURIDICA:

Il trattamento dei Suoi dati, raccolti ed archiviati in relazione alla compilazione del presente form, ha come base giuridica il suo consenso ed è effettuato per le seguenti finalità:

Svolgimento delle attività necessarie alla professione del DIETISTA come da Profilo Prof.le (DM n.744/94):
valutazione nutrizionale attraverso indagine antropometrica, impedenziometrica (BIA Akern, bodygram), anamnesi sulle abitudini alimentari, monitoraggio continuo della glicemia, educazione alimentare, elaborazione, formulazione ed attuazione del piano nutrizionale e/o dieta (la dietoterapia avviene su indicazione medica), controlli periodici. I dati di anamnesi vengono salvati sul programma gestionale BEE BEE BOARD.

DESTINATARI DEI DATI:

Nei limiti pertinenti alle finalità di trattamento indicate, i dati non sono comunicati a terzi, tranne quando sia necessario o previsto dalla legge, a titolo esemplificativo sistema sanitario nazionale, società di consulenza fiscale e software house nominati Responsabili esterni dal Titolare del Trattamento e tuttavia sottoposti agli obblighi di legge. I Suoi dati non saranno in alcun modo oggetto di diffusione.

PERIODO DI CONSERVAZIONE:

I dati raccolti verranno conservati per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati ("principio di limitazione della conservazione", art.5, GDPR) o in base alle scadenze previste dalle norme di legge.

DIRITTI DELL'INTERESSATO:

L'interessato ha sempre diritto a richiedere al Titolare l'accesso ai Suoi dati, la rettifica o la cancellazione degli stessi, la limitazione del trattamento o la possibilità di opporsi al trattamento, di richiedere la portabilità dei dati, di revocare il consenso al trattamento facendo valere questi e gli altri diritti previsti dal GDPR tramite semplice comunicazione al Titolare.

OBBLIGATORIETÀ O MENO DEL CONFERIMENTO DATI:

La informiamo che il conferimento dei dati è per alcuni casi facoltativo e per altri obbligatorio e il mancato conferimento dei dati obbligatori potrà portare in taluni casi al rifiuto all'erogazione di prestazioni.

OBBLIGATORIETÀ DEL CONSENSO:

La prestazione del consenso al trattamento dati tramite apposita spunta è facoltativa, ma indispensabile per procedere con l'utilizzo del form.

MODALITÀ DI TRATTAMENTO DEI DATI:

I dati personali da Lei forniti, formeranno oggetto di operazioni di trattamento nel rispetto della normativa sopra citata e degli obblighi di riservatezza cui è ispirata l'attività del Titolare. I dati verranno trattati sia con strumenti informatici sia su supporti cartacei sia su ogni altro tipo di supporto idoneo, nel rispetto di adeguate misure tecniche ed organizzative di sicurezza previste dal GDPR.

- Dichiaro di aver letto e compreso l'informativa Privacy ed esprimo il mio consenso al trattamento dei dati per le finalità indicate
- Acconsento a ricevere comunicazioni da parte del/della dottore/dottoressa riguardo alle proprie attività (a titolo esemplificativo: variazione orari studio e appuntamento, comunicazioni in merito al piano terapeutico, newsletter, educazione alimentare, iniziative di carattere formativo, collaborazioni professionali...)

Data

Firma

La comunicazione con la DR Ilaria Bertini avviene in via preferenziale tramite **E-MAIL**.

In caso di necessità/urgenza è possibile scrivere una **email** o un **messaggio** in modo da poter **concordare** una chiamata quanto prima. non vengono presi in considerazione dati personali via whatsapp e/o social.

non rispondo a richieste attraverso i social (sia perchè non riesco a gestire tutti i canali di contatto e rischierei di perdere comunicazioni importanti, sia per motivi di privacy).

NON PRESENTARSI ALL'APPUNTAMENTO SENZA PREAVVISO DI ALMENO 24 H IMPLICA IL SALDO DELLA CONSULENZA MANCATA.

Salvo quando concordato con la dottoressa, *controlli posticipati oltre i 6 mesi o riorganizzati dopo i 6 mesi dalla data pattuita, fanno sì che la dottoressa consideri il percorso nutrizionale come interrotto e il nuovo appuntamento fissato da considerarsi una prima visita a tutti gli effetti, anche in caso di conferma della validità del vecchio profilo nutrizionale/dieta.*

Data

Firma