

Incarico professionale e Consenso al Trattamento dei Dati Personali - artt 13 e 14 GDPR – Regolamento UE 2016/679

Il/la Sottoscritto/a _____

nato/a _____ (____) il ____/____/____

e residente in _____ CAP _____ in Via _____

C.F. _____

Dichiara

1. di voler affidare al Dott. Daniele Gabrovec, Biologo Nutrizionista, l'incarico per una consulenza nutrizionale volta a valutare i propri fabbisogni nutritivi (o di quelli del soggetto che rappresenta in qualità di tutore) ed energetici (Art.3 – L. 396/67) e a definire un profilo nutrizionale / dieta ottimale.
2. di essere stato informato/a circa l'opportunità di doversi sottoporre (o di sottoporre il soggetto che rappresenta in qualità di tutore) a preliminare accertamento medico del proprio stato fisio-patologico e di doverne dare comunicazione al fine di adeguare la consulenza nutrizionale e/o la dieta alle reali condizioni di salute consapevole che il Dottore Daniele Gabrovec non può svolgere valutazioni tese ad accertarle.
3. di voler sollevare il Dott. Daniele Gabrovec, per quanto indicato al punto 2, 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.
4. di essere stato/a informato/a sulle metodiche analitiche e strumentali non invasive che il Dott. Daniele Gabrovec impiega per valutare i fabbisogni nutrizionali ed energetici accettando consapevolmente di sottoporsi a tali metodiche. (CONSENSO INFORMATO, ANALISI, COMPOSIZIONE CORPOREA E PIANO ALIMENTARE PERSONALIZZATO A SCELTA MULTIPLA). I tessuti biologici agiscono come conduttori o isolanti ed il flusso di corrente, non percepibile dal cliente, segue il percorso di minima resistenza. L'uso della BIA per valutare la Composizione Corporea si basa proprio sulle diverse proprietà conducenti e dielettriche dei tessuti biologici al variare della frequenza della corrente elettrica. Il suddetto esame costituisce parte integrante della valutazione dei bisogni nutritivi ed energetici ai sensi della legge 396/97 e consente la personalizzazione della dieta che tiene conto delle singole patologie accertate dal medico curante e da lei dichiarate durante il colloquio di anamnesi nutrizionale).
5. di aver ricevuto informazioni sulle modalità di svolgimento della consulenza e di essere consapevole della impossibilità da parte del Dott. Daniele Gabrovec di definire una durata precisa per la realizzazione dell'opera.
6. al termine della visita con il Dott. Daniele Gabrovec verranno rilasciati: MISURE ANTROPOMETRICHE, COMPOSIZIONE CORPOREA STIMATA TRAMITE BIOIMPEDEZIOMETRIA BICOMPARTIMENTALE, PIANO NUTRIZIONALE PERSONALIZZATO A SCELTA MULTIPLA (non vengono strutturati piani nutrizionali a menù giornaliero) ED EVENTUALE MODALITÀ E TEMPISTICA DI ASSUNZIONE DI INTEGRATORI DIETETICI.
7. di aver concordato con il Dott. Daniele Gabrovec l'onorario richiesto per lo svolgimento della prestazione stabilito come da tariffario professionale (prima visita 140€, visita di controllo 80€).
8. di accettare che ogni visita o appuntamento andrà disdetto entro le 48 ore precedenti alla data stabilita, salvo cause di forza maggiore, per consentire al Dott. Daniele Gabrovec di riorganizzare la propria agenda. In caso contrario, andrà saldato l'intero importo pattuito per la prestazione, da corrispondere tramite bonifico bancario e per il quale sarà emessa e consegnata – di persona o via posta - regolare fattura.
9. di accettare che ritardi, non imputabili a cause di forza maggiore, superiori ai 15 minuti causeranno l'annullamento dell'appuntamento e la corresponsione al Dott. Daniele Gabrovec dell'intero importo pattuito per la prestazione, per il quale sarà emessa e consegnata regolare fattura.
10. Salvo quando concordato con il Dottore, controlli posticipati oltre i due mesi o riorganizzati dopo i due mesi dalla data pattuita, fanno sì che il Dottore consideri il percorso nutrizionale come interrotto e il nuovo appuntamento fissato sia da considerarsi una prima visita a tutti gli effetti, anche in caso di conferma della validità del vecchio profilo nutrizionale/dieta.
11. di aver ricevuto gli estremi della polizza per responsabilità civile professionale obbligatoria stipulata dal Dott. Daniele Gabrovec che è attualmente assicurata con polizza n. 440047791 contratta con Generali Italia S.P.A. con un massimale di euro 500.000.

Dichiaro di aver letto e di accettare quanto riportato ai punti 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 nonché di avere ricevuto copia cartacea degli stessi da parte del Dott. Daniele Gabrovec.

_____, li ____/____/____ Firma _____

Consenso ai sensi degli Artt. 13 e 14 GDPR – Regolamento UE 2016/679

Dichiaro inoltre di essere stato/a informato/a Dal Dottore DANIELE GABROVEC,

iscritta all'Ordine dei Biologi del Veneto, del Friuli Venezia Giulia e Trentino Alto Adige Tri_A2489, sui miei diritti e sui limiti degli artt 13 e 14 GDPR – Regolamento UE 2016/679,

In particolare di essere stato informato/a circa:

- a) le finalità cui sono destinati i dati;
- b) la modalità con cui i dati vengono trattati
- c) la base giuridica dei dati;
- d) le conseguenze di un eventuale rifiuto al conferimento dei dati;
- e) il periodo di conservazione e la cancellazione dei dati
- f) la comunicazione dei dati
- g) la diffusione dei dati e il trasferimento all'estero;
- h) i diritti dell'interessato
- i) il titolare del trattamento

dopo avere letto l'informativa che mi è stata consegnata e dopo avere potuto discutere con il Dottore Daniele Gabrovec di tutti i miei dubbi e dopo avere ricevuto dal Dottore Daniele Gabrovec risposte per me soddisfacenti a tutte le domande che gli ho posto, fornisco il consenso al trattamento dei miei dati personali per l'esecuzione dell'incarico affidato al Dott. Daniele Gabrovec per le finalità di valutazione dello stato nutrizionale e determinazione della dieta ottimale o di consulenza nutrizionale.

_____, li ____/____/____

Firma _____

Consenso per minori

I sottoscritti _____,

nata a _____ il _____

nato a _____ il _____

esercenti la responsabilità genitoriale dei minori:

_____, nato a _____ il _____

_____, nato a _____ il _____

_____, nato a _____ il _____

Acconsentono al trattamento dei dati personali dei minori di cui sono tutori legali per l'esecuzione dell'incarico affidato al Dott. Daniele Gabrovec per le finalità di valutazione dello stato nutrizionale e determinazione della dieta ottimale o di consulenza nutrizionale.

Data _____ Firma Leggibile _____

Data _____ Firma Leggibile _____