


<b>COGNOME</b>	
<b>NOME</b>	
<b>DATA DI NASCITA</b>	
<b>LUOGO DI NASCITA</b>	
<b>RESIDENTE</b>	
<b>VIA</b>	
<b>CAP</b>	
<b>TEL</b> <input type="checkbox"/> 	
<b>CELL</b>	
<b>C.F.</b>	
<b>C.I.</b>	
<b>EMAIL</b>	

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - REG. UE 679/16**

INFORMATO/A DAL DOTT. TIBERINO GIANLUCA, ISCRITTO ALL'ORDINE NAZIONALE DEI BIOLOGI SEZ. A AL N° 68136 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: 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 NUTRIZIONALE CONNESSE ALL'ASSOLVIMENTO DELL'INCARICO PROFESSIONALE DA LEI CONFERITO;

**DATA** \_\_\_\_\_ **FIRMA** \_\_\_\_\_

MADRE PADRE MINORI \_\_\_\_\_



<b>CONSULENZA</b>		<b>€</b>
<b>VALUTAZIONE DELLO STATO NUTRIZIONALE (SPORTIVI)</b>		<b>€. 90,00</b>
✓	ANAMNESI NUTRIZIONALE	
✓	ANTROPOMETRIA	
✓	IMPEDEZIOMETRIA	
✓	PLICOMETRIA	
✓	PIANO ALIMENTARE - PERSONALIZZATO/INDIVIDUALIZZATO	
<b>VALUTAZIONE DELLO STATO NUTRIZIONALE</b>		<b>€. 70,00</b>
✓	ANAMNESI NUTRIZIONALE	
✓	ANTROPOMETRIA	
✓	IMPEDEZIOMETRIA	
✓	PLICOMETRIA	
✓	PIANO ALIMENTARE - PERSONALIZZATO/INDIVIDUALIZZATO	
<b>VALUTAZIONE DELLO STATO NUTRIZIONALE</b>		<b>€. 40,00</b>
✓	CONTROLLO	
✓	SENZA CAMBIO DIETA	
<b>VALUTAZIONE DELLO STATO NUTRIZIONALE</b>		<b>€. 60,00</b>
✓	CONTROLLO	
✓	CAMBIO DIETA	
<b>VALUTAZIONE DELLO STATO NUTRIZIONALE</b>		<b>€. 250,00</b>
✓	PERCORSO DI 3 MESI	
✓	PRIMA VISITA (70)	
✓	7 CONTROLLI OGNI 15 GIORNI (40*7=280)	
		<b>€. 350,00</b>

**NUTRIMED DI TIBERINO GIANLUCA**  
 TECNOLOGO ALIMENTARE  
 BIOLOGO NUTRIZIONISTA  
 DOCENTE DI SCIENZA DEGLI ALIMENTI

VIA PRIMA TRAVERSA A. DE GASPERI, 21 - 84016 - PAGANI - (SA)  
 TEL/FAX 081/3590438 - 081/18818196 - CELL. 3288978236 - 3714102855  
 SITO: [www.gianlucatiberino.it](http://www.gianlucatiberino.it) - Email: [infonutrimedpagani@gmail.com](mailto:infonutrimedpagani@gmail.com)

## DICHIARA:

1. Di voler affidare al **Dott. Tiberino Gianluca, (di seguito dott.ssa)** 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 dal Dott. funzionali ed idonei ai miei bisogni nutritivi ed energetici. A tal proposito, si impegna a darne tempestiva comunicazione 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 al Dott. gli esiti degli accertamenti sanitari a cui mi sottoporro. E' mia esclusiva responsabilità informare prontamente il Dott. qualora sopraggiungessero variazioni del mio stato psico - patologico che abbia inerza 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 presso lo studio del Dott. o a mezzo mail 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, al Dott. compensi nella misura di (vedi tabella compensi). Il compenso pattuito si intende comprensivo del contributo integrativo previdenziale. 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.

5. A tale proposito ai sensi degli artt. 13 e 14 GDPR - Regolamento UE 2016/679 autorizzo il Dott. al trattamento dei propri dati personali per l'esecuzione dell'incarico affidato e per l'invio al STS (sistema tessera sanitaria).

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - REG. UE 679/16

INFORMATO/A DAL DOTT. TIBERINO GIANLUCA, ISCRITTO ALL'ORDINE NAZIONALE DEI BIOLOGI SEZ. A AL N° 68136 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: 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 NUTRIZIONALE CONNESSE ALL'ASSOLVIMENTO DELL'INCARICO PROFESSIONALE DA LEI CONFERITO;

**DATA** \_\_\_\_\_ **FIRMA** \_\_\_\_\_

**MADRE** \_\_\_\_\_ **PADRE** \_\_\_\_\_ **MINORI** \_\_\_\_\_

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

Gentile Signore/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 informo 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 Nutrizionale connesse 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.

SI ACCONSENTO

MI OPPONGO

1. Il titolare del trattamento è la Nutrimed di Gianluca Tiberino, con studio in Pagani, via G. Carducci, 1 – 84016 Pagani (SA);
2. In ogni momento potrà esercitare i Suoi 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 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.
3. Al fine di tutelare i diritti di cui al punto precedente, potrà proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali;
4. I 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

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Padre / Madre del minore \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

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

Data \_\_\_\_\_ Firma Leggibile \_\_\_\_\_