

Dott.ssa Lisa Lasagna Biologa Nutrizionista-
via Anteo Carrara 13/D – 42022 Boretto (RE)
Iscrizione Albo Biologi Emilia Romagna e Marche ERM_A02766
C.F. LSGLSI81L67G337S P.IVA 02577050350

Lettera di incarico professionale

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____

il _____ C.F. _____,

successivamente denominato "Cliente"

affida alla Dott.ssa Lisa Lasagna con sede in Boretto, via per Anteo Carrara 13/D, iscritto all'Ordine dei Biologi dell'Emilia Romagna e delle Marche con il n. ERM_A02766 che opera in proprio successivamente denominata "Professionista", il seguente incarico professionale, disciplinato dai seguenti articoli ed accettato dal Professionista mediante sottoscrizione della presente lettera d'incarico.

1. Oggetto dell'incarico:

La valutazione dei propri bisogni nutritivi ed energetici, ai sensi dell'art. 3 della legge n. 396/1967, e coerentemente la elaborazione di una dieta ottimale personalizzata. La valutazione della composizione corporea e dello stato nutrizionale tramite metodi manuali o elettronici con uso di strumenti antropometrici e bioimpedenziometrici e comunque non invasivi. Nell'espletamento dell'incarico il Professionista può avvalersi, sotto la propria direzione e responsabilità, di collaboratori e/o di personale dipendente.

2. Decorrenza e durata dell'incarico

L'incarico decorre dalla sottoscrizione del presente documento e si intende conferito fino alla conclusione della prestazione ed entro e non oltre i 12 mesi dall'ultima visita effettuata con la professionista.

3. Compenso

Per lo svolgimento delle prestazioni oggetto del presente incarico, alla Professionista spettano, oltre al rimborso delle spese documentate e sostenute in nome e per conto del cliente, gli onorari indicati nell'allegato A denominato Tariffario.

4. Obblighi del Professionista

- Con l'assunzione dell'incarico la Professionista si impegna a prestare la propria opera usando la diligenza richiesta dalla natura dell'attività esercitata, dalle leggi e dalle norme deontologiche della professione.
- Il Professionista, ai sensi dell'art. 2235 del c.c., trattiene la documentazione fornita dal Cliente per il tempo strettamente necessario all'espletamento dell'incarico, salvo diversi accordi con il Cliente.
- Il Professionista deve rispettare il segreto professionale non divulgando fatti o informazioni di cui è venuto a conoscenza in relazione all'espletamento dell'incarico; né degli stessi può fare uso, sia nel proprio che nell'altrui interesse, curando e vigilando che anche i collaboratori, i dipendenti ed i tirocinanti mantengano lo stesso segreto professionale.

5. Obblighi del Cliente

- Il Cliente ha l'obbligo di far pervenire tempestivamente presso lo studio del Professionista la documentazione necessaria all'espletamento dell'incarico vale a dire gli ultimi esami del sangue, documentazione medica relativa a patologie pregresse e in corso, eventuali altri piani nutrizionali seguiti in passato. A tal fine, il Professionista dichiara ed il Cliente prende atto che la legge prevede termini e scadenze obbligatori per gli adempimenti connessi alla prestazione professionale indicata in oggetto. La consegna della documentazione occorrente alla prestazione professionale non sarà oggetto di sollecito o ritiro da parte del Professionista, che, pertanto, declina ogni responsabilità per mancata o tardiva esecuzione del mandato dovuta al ritardo, incuria o inerzia da parte del Cliente.
- Il Cliente dichiara 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 Lisa Lasagna funzionali

ed idonei ai suoi bisogni nutritivi ed energetici. A tal proposito, si impegna a darne tempestiva dalla Professionista al fine di potere determinare la dieta ottimale alle sue personali e reali condizioni di salute. Il Cliente deve collaborare con il Professionista ai fini dell'esecuzione del presente incarico consentendo allo stesso ogni attività di accesso e controllo dei dati necessari per l'espletamento del mandato.

c) Il Cliente dichiara di non aver omesso di dichiarare alcunché rispetto al suo attuale e pregresso stato fisico - patologico e di impegnarsi a comunicare alla Professionista gli esiti degli accertamenti sanitari a cui si sottoporrà. E' sua esclusiva responsabilità informare prontamente la Professionista qualora sopraggiungessero variazioni del suo stato psico-patologico che abbia inerenza all'incarico conferito mediante atti scritti, esonerandolo da ogni e qualsiasi responsabilità in ipotesi di mancata comunicazione o di omesso accertamento. Pertanto, è obbligo del Cliente far pervenire tempestivamente presso lo studio della Dott.ssa Lisa Lasagna tutta la documentazione e le certificazioni mediche in suo possesso o delle quali verrà in possesso afferenti il suo stato psico-patologico.

Il Cliente ha l'obbligo di informare tempestivamente il Professionista su qualsivoglia variazione che abbia inerenza all'incarico conferito mediante atti scritti.

6. Interessi di mora

Nel caso in cui i pagamenti dei compensi, delle spese e degli acconti non siano effettuati nei termini di cui al precedente punto 3, saranno da corrispondere gli interessi di mora determinati ai sensi di legge.

7. Clausola risolutiva espressa

Qualora il ritardo dei pagamenti di quanto dovuto dal cliente in base alla presente lettera d'incarico si sia protratto per oltre sette giorni rispetto al termine pattuito, il Professionista, ai sensi dell'art. 1456 c.c., ha facoltà di risolvere il contratto comunicando al Cliente, con lettera raccomandata a/r, la propria volontà di avvalersi della presente clausola.

In tale caso, il Professionista si impegna ad adempiere agli atti, derivanti dal presente incarico, che avranno scadenza nel corso dei 15 giorni successivi all'avvenuta comunicazione al Cliente.

8. Recesso

Il Professionista può recedere dal contratto per giusta causa. In tale circostanza egli ha diritto al rimborso delle spese sostenute ed al compenso per l'opera svolta. Il mancato adempimento degli obblighi di cui al punto 5) costituisce giusta causa di recesso. Il diritto di recedere dal contratto deve essere esercitato dal Professionista in modo da non recare pregiudizio al Cliente, dandogliene comunicazione per iscritto, a mezzo raccomandata a/r, con un preavviso di 15 giorni.

Il Cliente può recedere dal contratto in qualsiasi momento, revocando il mandato conferito, senza alcun obbligo di motivazione. In tal caso il cliente sarà comunque tenuto a rimborsare le spese sostenute ed a pagare il compenso dovuto per l'opera già svolta.

9. Polizza assicurativa

Si dà atto che il Professionista attualmente è assicurato per la responsabilità civile contro i rischi professionali, con apposita polizza n. EQ000015309-LB contratta con la Compagnia di Assicurazioni LLOYD'S Insurance Company.

10. Clausola di conciliazione e Arbitrato

Le parti convengono che ogni controversia che dovesse insorgere in relazione al presente contratto, comprese quelle relative alla sua validità, interpretazione, esecuzione e risoluzione, e degli atti che ne costituiscono emanazione, compresa ogni ragione di danni, sarà sottoposta alla Procedura di Conciliazione da parte dell'Organismo di Conciliazione CCIIA con sede in Reggio Emilia, P.IVA 00448250357 iscritto presso il Ministero della Giustizia al n.71 del Registro degli Organismi di Conciliazione, in base al relativo Regolamento di Conciliazione, qui richiamato integralmente.

Le parti si impegnano a ricorrere alla Procedura di Conciliazione dell'Organismo preposto prima di iniziare qualsiasi procedimento giudiziale. Nel caso di insuccesso del tentativo di conciliazione, è facoltà delle parti richiedere allo stesso Organismo di Conciliazione la risoluzione della controversia con un arbitrato rituale / irrituale procedendo a nominare un arbitro in conformità al citato Regolamento. L'arbitro deciderà secondo diritto / secondo equità.

11. Registrazione

Essendo i corrispettivi previsti dalla presente lettera di incarico non soggetti ad I.V.A., l'eventuale registrazione deve ritenersi esente da imposta fissa.

12. Elezione di domicilio

Per gli effetti della presente, le parti eleggono domicilio nei luoghi in precedenza indicati.

13. Rinvio

Per quanto non espressamente previsto dalla presente lettera di incarico, si fa esplicito rimando alle norme del Codice Civile che disciplinano il lavoro autonomo (art. 2229 e seguenti), alle altre norme vigenti in materia nonché all'ordinamento professionale, agli obblighi deontologici ed agli usi locali.

14. Protezione dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/16, il Cliente autorizza il Professionista al trattamento dei propri dati personali secondo quanto disposto all' Allegato B

15. Disposizioni finali

Ai sensi e per gli effetti degli articoli 1341 e 1342 del c.c. si accettano espressamente i punti:

- 3) "Compenso";
- 5) "Obblighi del Cliente";
- 7) "Interessi di mora";
- 8) "Clausola risolutiva espressa";
- 9) "Recesso";
- 11) "Clausola di conciliazione e Arbitrato".

Luogo, _____ Data, _____

Il Professionista _____

Il Cliente _____

TARIFFARIO

Consulenza nutrizionale prima visita con elaborazione piano:

€ 110 + marca da bollo da 2€ (totale € 112,00) della durata di circa 45 minuti. Comprende l'anamnesi, la consulenza, le necessarie valutazioni antropometriche, il piano alimentare personalizzato, la consulenza via mail o telefonica in caso di dubbi o domande. Il piano viene elaborato in momento successivo alla consulenza e inviato via e-mail entro 7 giorni lavorativi.

Controllo periodico: € 65,00 della durata di circa 30 minuti

Il controllo periodico comprende, la consulenza, le valutazioni antropometriche e le necessarie modifiche al piano precedente, l'assistenza via mail o telefonica in caso di dubbi o domande sul piano alimentare. Il piano viene revisionato in momento successivo alla consulenza e inviato via e-mail entro 7 giorni lavorativi. Non comprende eventuali altri cambi o modifiche alla dieta successivi. I controlli vengono fissati di volta in volta, in accordo con il paziente, in media dopo 6 settimane (dalle 3 alle 12 settimane).

Nota sul controllo periodico: in caso il controllo non venga effettuato entro 6 mesi dalla data dell'ultimo incontro (salvo accordi presi con il Professionista in precedenza) la consulenza sarà considerata come prima visita.

Consulenza a distanza/online con elaborazione piano:

70€. La consulenza avviene tramite intervista iniziale conoscitiva (della durata di 10 minuti) tramite portale certificato per la protezione dati privacy per l'identificazione del cliente e successivo uso di moduli/schede da compilare. La consulenza in caso di dubbi avviene via e-mail ed ha la durata di due mesi. Non comprende elaborazione di nuovi piani alimentari.

Consulenza nutrizionale senza valutazioni BIA e antropometriche e senza elaborazione del piano personalizzato: 85€

Bioimpedenziometria (non prevede consulenza nutrizionale ed elaborazione del piano personalizzato) € 30,00

Esame antropometrico tramite plicometria e BIA (non prevede consulenza nutrizionale ed elaborazione del piano personalizzato): 60€

Variazione piano nutrizionale richiesto dal paziente senza controllo: 30€

Costi inferiori o scontistiche saranno valutate dalla nutrizionista e comunque non saranno mai applicati costi superiori salvo future comunicazioni.

L'assistenza via mail è in genere garantita nei giorni lavorativi e negli orari lavorativi comunque entro quelle che possano essere richieste ragionevoli o domande utili ai fini della comprensione della dieta rilasciata. Richieste di ulteriori variazioni della dieta, di rielaborazione o revisione della stessa, anche pervenute per mail, hanno il costo di 30€ e dovranno essere prima pagate in studio o tramite bonifico, solo alla ricezione del pagamento verrà consegnato il nuovo piano (salvo consulenza a distanza/abbonamento)

Gli appuntamenti che non vengono disdetti con almeno 24 ore di anticipo verranno addebitati e dovranno essere saldati entro la fine del mese nel quale si sarebbe dovuto tenere l'appuntamento. In caso contrario verrà inviata raccomandata con onere anche delle spese postali.

NOME E COGNOME e CODICE FISCALE _____

Data e Firma per accettazione: _____

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 REGOLAMENTO UE 679/2016

Gentile Cliente, 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.

A) dati sono trattati secondo i principi di liceità, correttezza, adeguatezza ed in generale nei limiti di quanto previsto dal Regolamento nell'ambito della normale attività del titolare ed in particolare:

1. per esigenze preliminari all'elaborazione del piano dietetico (prenotazione, pianificazione degli appuntamenti, etc.)
2. per l'esecuzione e la gestione del Suo eventuale piano dietetico personalizzato
3. per l'esecuzione degli obblighi e degli adempimenti (amministrativi, fiscali, contabili, etc.) disposti dalla legislazione vigente
4. per ogni altra esigenza di tipo operativo e gestionale
5. Per l'invio di comunicazioni, aggiornamenti e informazioni pubblicitarie esclusivamente da parte del titolare tramite posta elettronica, telefono, sms, posta o altri mezzi di comunicazione

B) Il trattamento sarà effettuato sia manualmente che avvalendosi di strumenti elettronici; ma adottando misure di protezione idonee a garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati personali, nel rispetto del segreto professionale.

C) Il conferimento dei dati è obbligatorio per gli adempimenti di legge e per lo svolgimento dell'attività professionale per quanto riguarda i punti 1, 2, 3 e 4 della presente informativa e l'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporta la mancata prosecuzione del rapporto. Il conferimento dei dati non è obbligatorio per quanto riguarda le finalità di cui al punto 5

D) I dati in questione non saranno comunicati ad altri soggetti né saranno oggetto di diffusione, fatta eccezione del caso in cui verranno comunicati a un professionista esterno per 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. I dati potranno essere comunicati anche ad altri professionisti esterni che in qualità di responsabili del trattamento cureranno la gestione degli appuntamenti. Anche in questo caso i dati comunicati saranno quelli strettamente necessari per assolvere alla gestione logistica degli appuntamenti. Eventuali informazioni circa il Suo stato di salute potranno essere fornite solo ed esclusivamente dopo Sua espressa autorizzazione.

E) 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.

Ai fini del presente trattamento solamente per quanto riguarda il punto A-5 Gli indirizzi e-mail e il nominativo verranno trattati e trasferiti su software online la cui sede è presente all'estero (sede extra UE) denominato Mailchimp.

F) **Il titolare del Trattamento** è la Dott.ssa Lisa Lasagna, via Per Poviglio 31/B, 42022 Boretto (RE) C.F. LSGLSI81L67G337S, PIVA 02577050350 Tel. 3482387739, e-mail: lasagnalisa@gmail.com.

G) 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.

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

LETTERA DI INCARICO e CONSENSO INFORMATO REV 07 del 07.01.24

I) Il Suoi dati verranno conservati per il tempo necessario per il raggiungimento delle finalità di cui al punto A e non oltre due anni dall'ultimo consulenza effettuata con il Professionista ed in ogni caso, per assolvere agli obblighi imposti dalle normative sanitarie.

J) Il consenso prestato con la sottoscrizione del presente modulo è in ogni momento revocabile.

K) L'esercizio del diritto di revoca non pregiudica le prestazioni già rese.

Il/la Sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ e residente _____

CAP _____ Indirizzo _____

C.F. _____ Telefono _____

Indirizzo e-mail _____

esercente la responsabilità genitoriale del minore _____

nato a _____, il _____ CF _____

dopo avere letto la presente informativa, da il consenso al trattamento dei dati che lo riguardano per le finalità indicate nei punti A) 1 2 3, 4.

Do il consenso

Nego il consenso

Da il consenso al trattamento dei dati per le finalità indicate al punto A) 5

Do il consenso

Nego il consenso

Firma dell'interessato _____