

## Lettera di incarico professionale

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

e residente in via \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

con la sottoscrizione della presente scrittura

### dichiara

1. di voler affidare alla Dott.ssa Silvia Dalpiaz 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 stata dettagliatamente informata 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 Silvia Dalpiaz funzionali ed idonei ai miei bisogni nutritivi ed energetici. A tal proposito, si impegna a darne tempestiva comunicazione alla Dott.ssa Silvia Dalpiaz al fine di poter 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 alla Dott.ssa Silvia Dalpiaz gli esiti degli accertamenti sanitari a cui mi sottoporò. E' mia esclusiva responsabilità informare prontamente la Dott.ssa Silvia Dalpiaz qualora sopraggiungessero variazioni del mio stato psico-patologico che abbia inerenza 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 della Dott.ssa Silvia Dalpiaz 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, la Dott.ssa Silvia Dalpiaz, compensi nella misura di:
    - Prima visita euro 242,00
    - Controllo euro 85,00
    - Cambio piano nutrizionale euro 180,00
- Il compenso pattuito si intende comprensivo del contributo integrativo previdenziale (4%) e di marca da bollo di euro 2,00. 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. ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE 679/2016 autorizzo la Dott.ssa Silvia Dalpiaz al trattamento dei propri dati personali e per l'esecuzione dell'incarico affidato. In particolare attesto di essere stato informato circa:
    - a. le finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati;
    - b. la natura obbligatoria o facoltativa del conferimento dei dati;
    - c. le conseguenze di un eventuale rifiuto di rispondere;
    - d. i soggetti o le categorie di soggetti ai quali possono essere comunicati e l'ambito di diffusione dei dati medesimi;
    - e. il nominativo del responsabile del trattamento.

Dichiaro di essere stato informato che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito per il quale la presente dichiarazione viene resa e che al riguardo competono al sottoscritto tutti i diritti previsti nell' art 13 del Regolamento UE 679/2016.

6. prendo atto che la Dott.ssa Silvia Dalpiaz è attualmente assicurata per la responsabilità contro i rischi professionali con polizza n° 2021/07/6271285 contratta con la Compagnia di Assicurazioni Italiana Assicurazioni Genova Brignole, massimale euro 1.000.000.
7. In caso di mancata o tardiva disdetta entro 4 giorni precedenti l'appuntamento, sarà comunque evasa la fattura. L'ideonea giustificazione (impedimenti oggettivi, documentati e imprevedibili) permette di evitare l'applicazione della sanzione.

Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_