

CONSENSO INFORMATO

Accettando una visita si dichiara:

1. Di voler affidare alla Dott.ssa Kristina Boric l'incarico professionale per la valutazione dei propri bisogni nutrizionali ed energetici, ai sensi dell'art. 3 della Legge n° 396/1967, e coerentemente per l'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 stati dettagliatamente informati e di condividere la validità e la convenienza di sottoporsi quanto prima ad un accertamento medico per una constatazione del proprio stato fisio-patologico. Di aver ben compreso quali potrebbero essere i potenziali legami e rischi rispetto ai suggerimenti prospettati dalla Dott.ssa Kristina Boric, funzionali e idonei ai propri bisogni nutrizionali ed energetici. A tal proposito, il sottoscritto si impegna a darne tempestiva comunicazione alla Dott.ssa Kristina Boric al fine di poter determinare la dieta ottimale alle proprie personali e reali condizioni di salute.

3. Di non aver omesso di dichiarare alcunché rispetto al proprio stato attuale e pregresso stato fisio-patologico e di impegnarsi a comunicare alla Dott.ssa Kristina Boric qualora sopraggiungessero variazioni del proprio stato fisio-patologico inerenti all'incarico conferito, esonerandola da ogni e qualsiasi responsabilità in ipotesi di mancata comunicazione o di omesso accertamento. Pertanto, è proprio obbligo far pervenire tempestivamente presso lo studio della Dott.ssa Kristina Boric tutta la documentazione e le certificazioni mediche in proprio possesso, o delle quali verrà in possesso afferenti al proprio stato fisio-patologico.

4. Di essere stati informati che per lo svolgimento delle prestazioni oggetto del presente incarico, alla Dott.ssa Kristina Boric sono dovuti compensi conformi a quanto evidenziato al primo colloquio telefonico.

Il compenso va corrisposto di volta in volta, al termine della visita. Il compenso pattuito si intende comprensivo del contributo integrativo previdenziale e dell'eventuale marca da bollo, se richiesta dalla normativa vigente.

Data la natura intrinseca di variabilità della risposta ai piani alimentari proposti, non è possibile prevedere una durata del trattamento. È comunque facoltà del paziente sospendere in qualsiasi momento il rapporto, dandone comunicazione almeno 24 ore prima della visita successiva. Visite prenotate e non disdette in tempo possono essere richieste in pagamento come se fossero state completamente eseguite. 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. La Dott.ssa Kristina Boric, durante il corso della prestazione può richiedere acconti sul compenso, in misura non superiore alla percentuale del 50%.

5. Si prende atto che la Dott.ssa Kristina Boric è attualmente titolare di RC Professionale EQ000032330-LB presso Lloyd's Insurance Company S.A., con un massimale di €1.000.000,00 (un milione).

6. Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 679/2016, si autorizza la Dott.ssa Kristina Boric al trattamento dei propri dati personali per l'esecuzione dell'incarico affidato, con le finalità e i modi descritti nell'informativa presente sul sito www.kristinaboric.com.

In particolare, si attesta di essere stati informati 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) i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/2003
- f) il nominativo del responsabile del trattamento
- g) la durata della custodia dei dati

7. Si dichiara, inoltre, di essere stati informati 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 dall'art. 7 della medesima legge.

Il sottoscritto/a _____, nato/a a _____
il _____, dopo aver letto la superiore informativa, **dà il consenso** al trattamento dei dati che lo riguardano per le finalità ivi indicate.

Luogo e Data _____

Firma Leggibile _____

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 in materia di protezione dei dati personali, si informa che:

1. Il trattamento delle informazioni che La riguardano sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, adeguatezza e trasparenza, tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti. Si tratta dei dati forniti da Lei stesso/a, ottenuti durante la consulenza o che sono acquisiti altrove, con il Suo consenso, ad esempio in caso di esami clinici.

2. Il rifiuto di autorizzare il trattamento dei dati comporta l'impossibilità di dar seguito alla consulenza.

3. I dati saranno utilizzati, sia manualmente che con mezzi elettronici, esclusivamente per svolgere attività necessarie per la valutazione dei fabbisogni nutrizionali, per l'elaborazione del piano alimentare o per altre prestazioni da Lei richieste.

Nel caso di utilizzo per scopi scientifici, di ricerca scientifica ed epidemiologia (artt. 78 comma 5, lett. a e 110 del D. Lgs. 196/2003), gli stessi saranno presentati in forma assolutamente anonima senza riferimenti che possano portare all'identificazione.

Anche in caso di utilizzo di computer o altri mezzi elettronici, vengono adottate misure di protezione per garantire la conservazione e l'uso corretto dei dati, nel rispetto del segreto professionale.

La informo che si possono fornire informazioni sullo stato di salute a familiari e conoscenti solo dietro Sua espressa indicazione.

4. In qualunque momento potrà conoscere i dati che La riguardano, sapere come sono stati acquisiti, verificare se sono esatti, completi, aggiornati e ben custoditi e far valere i Suoi diritti a riguardo (diritto di accesso ai dati, rettifica, cancellazione e in generale tutti i diritti previsti dal Regolamento). Al fine di tutelare i diritti sopracitati, potrà proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali.

Il titolare del Trattamento è la Dott.ssa Kristina Boric, con sede fiscale in Trieste, via Giovanni Pascoli, 10. Le visite avranno luogo a Trieste, presso lo studio di Via Giovanni Pascoli, 10, o in altra sede precedentemente concordata.

5. I dati verranno custoditi per un tempo indefinito, salvo richiesta esplicita di cancellazione, da farsi tramite raccomandata A.R. indirizzata allo studio. Questo perché la custodia della cartella clinica è utile in caso di successive visite, anche a distanza di anni.

6. I dati non sono comunicati a terzi, tranne in caso di necessità (ad esempio i dati fiscali relativi alle fatture sono comunicati al commercialista che segue la contabilità dello studio per tutte le pratiche previste dalla legge e necessari ad assolvere agli obblighi contabili e fiscali).

7. 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.

8. Si ricorda, in particolare, che i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso dell'interessato.

9. 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/a _____, nato/a a _____
il _____, dopo aver letto la superiore informativa, **dà il consenso** al trattamento dei dati che lo riguardano per le finalità ivi indicate.

Luogo e Data _____

Firma Leggibile _____