

## Lettera di incarico professionale

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_ NATO/A A \_\_\_\_\_

IL \_\_\_\_\_, RESIDENTE A \_\_\_\_\_ IN VIA \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

### DICHIARA

1. di voler affidare al Dott.ssa Veronica Ruspi 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. A tal proposito, si impegna a darne tempestiva comunicazione alla Dott.ssa Veronica Ruspi al fine che ella possa determinare la dieta ottimale per le proprie personali e reali condizioni di salute.

3. di aver ben compreso quali sono i vantaggi, limiti e complicità dei suggerimenti e del piano alimentare che gli/le verrà proposto dalla Dott.ssa Veronica Ruspi ed in particolare:

a) la percentuale dei risultati positivi del regime alimentare dipenderà dalle singole risposte dell'organismo. Il/la sottoscritto/a è stato/a informato/a sui comportamenti da tenere, tempi tecnici ed i consigli da seguire nel periodo del regime alimentare consigliato, consapevole che in caso contrario il risultato finale potrebbe essere compromesso e data la natura del trattamento cui decide di sottoporsi, non è possibile garantire né stabilire a priori in modo preciso l'esatto risultato finale;

b) di aver riferito correttamente la sua anamnesi ed in particolare eventuali terapie farmacologiche effettuate in passato o tutt'ora in corso, attuali o precedenti patologie e/o interventi chirurgici, allergie, abitudini di vita. Nel dettaglio soffre delle seguenti patologie e prende i seguenti farmaci:

---

---

---

c) gli/le è stata data l'opportunità di porre domande sulla sua condizione e sul regime alimentare che gli/le verrà consigliato;

d) di aver letto e compreso quanto sopra riportato;

4. di non aver omesso di dichiarare alcunché rispetto al proprio attuale e pregresso stato fisico-patologico e di impegnarsi a comunicare alla Dott.ssa Veronica Ruspi gli esiti degli accertamenti sanitari a cui si sottoporrà. E' sua esclusiva responsabilità informare prontamente la Dott.ssa Veronica Ruspi qualora sopraggiungessero variazioni del suo stato psico-patologico che abbiano inerenza all'incarico conferito, esonerandola da ogni e qualsiasi responsabilità in ipotesi di mancata comunicazione o di omesso accertamento. Pertanto, è suo obbligo far pervenire tempestivamente alla Dott.ssa Veronica Ruspi tutta la documentazione e le certificazioni mediche in suo possesso o delle quali verrà in possesso afferenti il suo stato psico-patologico.

5. di essere stato/a informato/a e di accettare che per lo svolgimento delle prestazioni oggetto del presente incarico la Dott.ssa Veronica Ruspi chiede i seguenti compensi:

- € 122.00 per la prima consulenza nutrizionale
- € 102.00 per la prima consulenza nutrizionale ONLINE
- € 180.00 per la prima consulenza nutrizionale per infertilità - PMA (singola persona)
- € 180.00 per la prima consulenza nutrizionale per infertilità- PMA (singola persona) ONLINE

- € 320.00 per la prima consulenza nutrizionale per infertilità- PMA (la coppia)
- € 50.00 per le consulenze di controllo che si terranno a cadenza da convenirsi di controllo in controllo a seconda delle necessità, sia ONLINE che in presenza.
- € 100.00 per le consulenze di controllo per infertilità- PMA (singola persona) che si terranno a cadenza da convenirsi di controllo in controllo a seconda delle necessità, sia ONLINE che in presenza.
- € 170.00 per le consulenze di controllo per infertilità- PMA (la coppia) che si terranno a cadenza da convenirsi di controllo in controllo a seconda delle necessità, sia ONLINE che in presenza.

Il compenso pattuito si intende comprensivo del contributo integrativo previdenziale e della marca da bollo (ove necessaria).

6. ai sensi degli artt 13 e 14 GDPR – Regolamento UE 2016/679, acconsente al trattamento dei propri dati personali per l'esecuzione dell'incarico affidato alla Dott.ssa Veronica Ruspi.

In particolare attesta 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

7. prende atto che la Dott.ssa Veronica Ruspi è attualmente assicurato per la responsabilità contro i rischi professionali, con apposita polizza n. IITDMM18A28761232574 contratta con la Compagnia di assicurazioni UA Underwriting Agency S.r.l., decorrenza dal 31/03/2021 al 31/03/2022.

Luogo e data

---

Firma per il consenso

---

Dott.ssa Veronica Ruspi

---

**INFORMATIVA E CONSENSO SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**  
**ai sensi degli artt. 13 e 14 GDPR - Regolamento UE 2016/679**

Gentile Signore/a,

il suddetto regolamento prevede una serie di obblighi in capo di chi effettua "trattamenti" (cioè raccolta, registrazione, elaborazione, conservazione, comunicazione, diffusione, ecc.) di dati personali riferiti ad altri soggetti.

A tale proposito ai sensi degli artt. 13 e 14 GDPR - Regolamento UE 2016/679 (di seguito GDPR) ed in relazione ai dati personali di cui la sottoscritta Dott.ssa Veronica Ruspi entrerà in possesso, La informo di quanto segue:

**1. Finalità del trattamento dei dati.**

La raccolta ed il successivo trattamento dei suoi dati personali ha lo scopo di consentire alla Dott.ssa Veronica Ruspi:

- a) una corretta valutazione del suo stato nutrizionale e la conseguente preparazione di un piano nutrizionale personalizzato, nell'ambito di un rapporto fiduciario ed unicamente per la corretta e completa esecuzione dell'incarico professionale ricevuto ed opportunamente siglato in "lettera d'incarico e dichiarazione di consenso al trattamento dei dati personali"
- b) svolgere obblighi legali e fiscali (es. fatturazione, dichiarazione dei redditi)

Il trattamento dei suoi dati personali rientranti nel novero dei dati sensibili quali dati idonei a rivelare il suo stato di salute può essere autorizzato solo con il suo consenso manifestato per iscritto allegato alla presente informativa.

**2. Modalità del trattamento dei dati.**

- a) Il trattamento è realizzato per mezzo delle seguenti operazioni o complesso di operazioni: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati.
- b) I dati sono forniti da voi stessi.
- c) Il trattamento è effettuato anche, e soprattutto, con l'ausilio di strumenti elettronici, ma adottando misure di protezione idonee a garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati personali, nel rispetto del segreto professionale. Tutte le banche dati sono protette da specifiche password di accesso esclusivamente a conoscenza della Dott.ssa Veronica Ruspi e che vengono cambiate ogni 30 giorni.
- d) Le lettere d'incarico e i consensi sono conservati in un apposito faldone riposto in un armadio chiuso a chiave presso la sede fiscale del Titolare del trattamento.
- e) La informo inoltre che, come previsto dalla normativa vigente, i suoi dati saranno comunicati al Sistema Tessera Sanitaria, che li tratterà comunque in forma aggregata, per l'elaborazione della Sua dichiarazione dei redditi precompilata.

**3. Base giuridica del trattamento.**

Il conferimento di dati personali comuni, sensibili, ed il loro trattamento, è strettamente necessario ai fini dello svolgimento delle attività di cui al punto 1 e per adempiere a quanto indicato nella lettera d'incarico da lei firmata ed allegata alla presente informativa.

**4. Rifiuto di conferimento dei dati.**

L'eventuale suo rifiuto di conferire i dati personali nel caso di cui al punto 3, comporta l'impossibilità di adempiere alle attività di cui al punto 1.

**5. Periodo di conservazione e cancellazione dei dati.**

I dati personali comuni e sensibili verranno conservati, con le modalità indicate al punto 2, per tutto il periodo della durata del rapporto di consulenza tra l'interessato e il titolare. In particolare il rapporto si intende concluso alla sospensione dei controlli. Passato il termine di tre anni dall'ultimo controllo eseguito i dati verranno cancellati.

**6. Comunicazione dei dati.**

I dati personali possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto 1, a collaboratori esterni:

- dottore commercialista per la sola ed unica parte relativa agli oneri fiscali.
- collaboratori esterni (psicologo, medico specialista, medico curante) che possano essere di aiuto nell'adempiere le attività di cui al punto 1a – tali dati saranno conferiti solo dopo suo consenso anche solo orale.

**7. Diffusione dei dati e trasferimento dati all'estero.**

I dati personali non sono soggetti a diffusione e trasferimento all'esterno se non per l'esecuzione dei fini per i quali viene conferito mandato al professionista. I dati personali non sono trasferiti verso paesi dell'Unione Europea e verso Paesi terzi rispetto all'Unione Europea nell'ambito delle finalità di cui al punto 1.

**8. Diritti dell'interessato.**

Quale interessato al trattamento lei gode dei seguenti diritti che potrà esercitare in qualsiasi momento:

- a) Accesso ai suoi dati personali: ha diritto di avere conoscenza dell'origine dei dati, della finalità e delle modalità del trattamento
- b) Rettifica o integrazione dei dati o cancellazione o limitazione del trattamento
- c) Opposizione al trattamento
- d) Portabilità dei dati
- e) Revoca del consenso – con conseguente impossibilità del titolare di adempiere a quanto indicato al punto 1 – come previsto dal punto 4
- f) Proporre reclamo all'autorità di controllo (garante della privacy)

**9. Titolare del trattamento.**

Titolare e Responsabile del trattamento è la Dott.ssa Veronica Ruspi, Sede legale Via Roberto Crippa n.69, 00125-Roma, C.F. RSPVNC87M54H501U, P.I. 14259521004, tel. 3518008632, mail [nutrizionista@veronicaruspi.it](mailto:nutrizionista@veronicaruspi.it).

Il sottoscritto/a ..... nato/a a ..... (.....) il  
...../...../..... e residente a ..... CAP ..... in Via  
....., N° .....

C.F. ...., informato/a dalla Dott.ssa Veronica Ruspi, iscritto all'Ordine Nazionale dei Biologi – Sez. A al n. AA\_077656 **esprime il consenso al trattamento dei dati personali**, ai sensi degli artt. 13 e 14 GDPR - Regolamento UE 2016/679.

Roma, lì ...../...../.....

Firma

.....