

CONTRATTO TERAPEUTICO E CONSENSO INFORMATO

Il/La sottoscritto/a:

Nome e Cognome: _____

Data e Luogo di nascita: _____

Indirizzo di residenza: _____

Codice Fiscale: _____

Recapito telefonico: _____

Email: _____

Dichiara di aver ricevuto informazioni dettagliate sulla consulenza nutrizionale e, consapevole delle modalità e finalità dell'intervento, acconsente a ricevere il trattamento nutrizionale secondo i seguenti termini e condizioni:

1. OGGETTO DEL CONTRATTO

Il presente contratto regola il rapporto tra la Dott.ssa Denise Fariello, Biologa Nutrizionista, iscritta all'Ordine Nazionale dei Biologi sez. A, n. PLV_A4207, e il/la paziente per l'elaborazione di piani alimentari personalizzati finalizzati al miglioramento dello stato di salute e benessere, in assenza di patologie per le quali sia necessario l'intervento medico specialistico.

2. DEFINIZIONE DELL'INCARICO

L'incarico professionale comprende:

- Raccolta dell'anamnesi nutrizionale e valutazione dello stato di salute;
- Elaborazione di un piano alimentare personalizzato;
- Monitoraggio e adattamento del piano nutrizionale in base all'evoluzione delle condizioni del/della paziente;
- Educazione alimentare e consulenza nutrizionale mirata al miglioramento dello stile di vita.

3. DICHIARAZIONE DEL/DELLA PAZIENTE

Il/La paziente dichiara:

- Di essere stato/a informato/a sugli obiettivi, modalità e limiti della consulenza nutrizionale;
- Di aver fornito informazioni veritiere e complete sulla propria anamnesi, inclusi eventuali trattamenti medici, terapie farmacologiche e allergie;
- Di comprendere che i risultati dipendono dall'aderenza al piano alimentare proposto;
- Di impegnarsi a segnalare tempestivamente eventuali modifiche dello stato di salute che possano influire sul piano nutrizionale;
- Di aver compreso che la consulenza nutrizionale non sostituisce trattamenti medici specialistici e che non interromperà né modificherà terapie mediche in corso senza consultare il proprio medico.

4. MODALITÀ DEL SERVIZIO E DURATA

- **Prima visita nutrizionale** (€ 100 - circa 90 minuti): raccolta anamnestica, valutazione dello stato nutrizionale e definizione degli obiettivi.
- **Visite di controllo** (€ 80 - circa 60 minuti): verifica dei progressi e adattamento del piano alimentare.
- La frequenza degli incontri verrà concordata in base alle esigenze del/della paziente.

5. MODALITÀ DI DISDETTA E PAGAMENTO

- Le visite devono essere disdette con **almeno 24 ore di preavviso**.
- Il pagamento deve essere effettuato al termine di ogni consulenza tramite contanti, bonifico bancario, Satispay o PayPal.
- Le prestazioni sono esenti IVA ai sensi dell'art.10, comma 1, n.18 del D.P.R. 633/1972.
- Alle fatture di importo superiore a €77,47 sarà applicata l'imposta di bollo di €2,00.
- Il contributo previdenziale ENPAB del 4% è incluso nelle tariffe indicate.

6. PRIVACY, TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SISTEMA TS

Il trattamento dei dati personali avverrà nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 (GDPR). Il/La paziente dichiara di aver ricevuto e letto l'Informativa Privacy e di acconsentire al trattamento dei dati per le finalità professionali indicate.

Il/La paziente è informato/a che, come previsto dalla normativa vigente, i dati fiscali relativi alle prestazioni sanitarie erogate saranno comunicati al Sistema Tessera Sanitaria (STS) per la predisposizione del modello 730 precompilato. Qualora il/la paziente desideri opporsi a tale trasmissione, potrà comunicarlo oralmente, e l'operatore annoterà tale opposizione in fattura.

7. LIMITAZIONI DI RESPONSABILITÀ

- La consulenza nutrizionale non si configura come atto medico e non sostituisce il parere di specialisti in caso di condizioni patologiche.
- La Dott.ssa Denise Fariello non è responsabile per eventuali effetti avversi derivanti dall'inosservanza delle indicazioni fornite.
- Il/La paziente dichiara di comprendere che i risultati dipendono da fattori individuali e che non si garantisce il raggiungimento di un determinato obiettivo.

8. ASSICURAZIONE PROFESSIONALE

La Dott.ssa Denise Fariello è coperta da polizza assicurativa per la responsabilità civile professionale con la compagnia GT Insurance s.r.l., polizza n. RCM20100019607.

Luogo e Data: _____

Firma del/della paziente: _____

Firma Dott.ssa Denise Fariello, Biologa Nutrizionista: _____