

**Dichiarazione di consenso per la raccolta dei Dati Personali**  
**(ex art. 13 D.lgs. 196/2003)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

È stato informato sui diritti e sui limiti di cui alla legge **ex art. 13 D.lgs. 196/2003** concernente "la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali"

autorizza

la **Biologa Nutrizionista**, a raccogliere, registrare ed utilizzare i dati personali ai fini di diagnosi e cura, a fini sanitari, a fini amministrativi e fiscali.

E' a conoscenza del fatto che i dati raccolti e detenuti in base ad obblighi di legge non necessitano di consenso al trattamento.

*Firma dell'interessato per accettazione* .....

**Informativa ex art. 13 D.lgs. 196/2003**

Gentile Signore/a,

Desidero informarla che il D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. n.196/2003, pertanto, Le fornisco le seguenti informazioni:

I dati da Lei forniti verranno trattati per le seguenti finalità:

- Definizione dei fabbisogni nutrizionali.
- Elaborazione del piano alimentare personalizzato ed eventuali successive rettifiche.
- Monitoraggio dei risultati.
- Fatturazione dei corrispettivi di prestazione e gestione contabilità.

2. Il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità:

- Registrazione e consultazione su Cartelle cartacee.
- Elaborazioni ed annotazioni su computer in forma anonima; l'anonimato è garantito dall'uso di codici identificativi, che solo il titolare può decifrare e la cui *chiave* è conservata insieme all'archivio cartaceo.

3. Il conferimento dei dati è necessaria per il corretto espletamento della prestazione sanitaria da lei richiesta, l'eventuale rifiuto di fornire tali dati impedirebbe l'esecuzione della medesima.

4. I dati potranno essere comunicati al suo medico di medicina generale, unicamente ai fini dell'espletamento della prestazione sanitaria richiesta, e, relativamente ai dati anagrafici, al ragioniere commercialista per la gestione della contabilità. I dati in questione non saranno oggetto di diffusione.

Il trattamento riguarderà anche dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili", nella fattispecie i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute.

Il trattamento che sarà effettuato su tali dati sensibili, nei limiti indicati dall'Autorizzazione generale del Garante n. 2/2004, ha le seguenti finalità:

- Definizione dei fabbisogni nutrizionali.
- Elaborazione del piano alimentare personalizzato ed eventuali successive rettifiche. Monitoraggio dei risultati.

Sarà effettuato con le seguenti modalità:  
Registrazione e consultazione su Cartelle cartacee.

I dati in questione non saranno comunicati ad altri soggetti né saranno oggetto di diffusione.

La informiamo che il conferimento dei dati è necessaria per il corretto espletamento della prestazione sanitaria da lei richiesta, l'eventuale rifiuto di fornire tali dati impedirebbe l'esecuzione della prestazione.

5. Il titolare e responsabile del trattamento è'

6. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art.7 del D.lgs.196/2003.

## Consenso informato per biologi nutrizionisti

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dichiaro di essere stato/a informato/a in maniera dettagliata ed esauriente dal Dott. \_\_\_\_\_ in merito al tipo, alla finalità ed allo svolgimento del regime alimentare che mi verrà consigliato.

Dichiaro di aver bene compreso vantaggi, limiti, complicità del regime alimentare che mi verrà consigliato:

a) Per il regime alimentare che mi è stato consigliato il nutrizionista mi potrà consigliare integratori alimentari riguardo i quali mi è stato ben spiegato lo scopo e l'utilità, le modalità di utilizzo, le indicazioni, le controindicazioni e i possibili effetti collaterali;

b) la percentuale dei risultati positivi del regime alimentare dipenderà dalle singole risposte dell'organismo;

Sono stato/a informato/a sui comportamenti da tenere, i tempi tecnici e i consigli da seguire nel periodo del regime alimentare consigliato, consapevole che in caso contrario il risultato finale potrebbe essere compromesso.

Data la natura del trattamento cui decido di sottopormi, non è possibile garantire né stabilire a priori in modo preciso l'esatto risultato finale.

Confermo di avere riferito correttamente la mia anamnesi ed in particolare eventuali terapie farmacologiche effettuate o in corso, precedenti patologie e/o interventi chirurgici, allergie, abitudini di vita.

Mi è stata data l'opportunità di porre domande sulla mia condizione, e sul regime alimentare che mi verrà consigliato.

Dichiaro di aver letto e perfettamente compreso quanto sopra riportato.

Soddisfatto/a delle informazioni fornitemi, consapevolmente e spontaneamente acconsento a ricevere e di eseguire il regime alimentare consigliato.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Il Nutrizionista

Il/La Paziente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

In caso di minore, il consenso è stato firmato da: \_\_\_\_\_ (madre / padre)

**Dott.ssa Luciana Piarulli**

*Biologa Nutrizionista*

Via Fratelli Rosselli 36/B  
70020 Cassano delle Murge (Bari)  
luciana.piarulli@libero.it  
tel. 3208382370  
P.I. 08009080725



**Dott.ssa Luciana Piarulli**  
**Biologa Nutrizionista**

## TABELLA DEL BENESSERE

<b>Giorno</b>	<b>Nausea o disturbi gastrici</b>	<b>Gonfiore o dolore addominale</b>	<b>Stipsi</b>	<b>Stanchezza</b>	<b>Umore</b>	<b>Crampi</b>	<b>Mal di testa</b>
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

(da compilare ogni giorno per monitorare lo stato del benessere e da inviare il giorno prima della visita di controllo). È possibile annotare un sì nella casella corrispondente lasciando vuote quelle per cui non si ha nulla da annotare. Qualora ci sia da specificare sintomi particolari si può aggiungere come nota aggiuntiva sotto.

**Nota**



**Dott.ssa Luciana Piarulli**  
**Biologa Nutrizionista**

<b>DATI PERSONALI (utilizzati per la fatturazione e per i successivi contatti)</b>	
NOME E COGNOME	
DATA DI NASCITA	
INDIRIZZO	
NUMERO CIVICO	
CAP	
CITTA'	
PROVINCIA	
CODICE FISCALE	
INDIRIZZO MAIL	
NUMERO CELLULARE O FISSO	

<b>ANAMNESI DI BASE (opportunamente integrata in sede di consulenza)</b>	
PESO ATTUALE	
ALTEZZA	
FARMACI ATTUALMENTE ASSUNTI	
INTEGRATORI ATTUALMENTE ASSUNTI	
PATOLOGIE DIAGNOSTICATE	
ALLERGIE	
NOME E CONTATTI DEL MEDICO DI FAMIGLIA	

Dott.ssa Luciana Piarulli

Biologa Nutrizionista

Via Fratelli Rosselli 36/B  
70020 Cassano delle Murge (Bari)  
luciana.piarulli@libero.it  
tel. 3208382370  
P.I. 08009080725



Dott.ssa Luciana Piarulli  
Biologa Nutrizionista

## SCHEDA ANAMNESI SPECIFICA COVID-19

Nome..... Cognome .....

Data di nascita...../...../.....

Sesso

M

F

Riferisce febbre pregressa

NO

SI

Se sì, Temperatura .....

Tosse

NO

SI

Disturbi Respiratori

NO

SI

**Barrare le opzioni positive:**

- negli ultimi 14 giorni ha effettuato viaggi all'estero in aree a rischio?
- negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con casi sospetti, comprovato di COVID-19 o con persone in quarantena?
- negli ultimi 14 giorni ha avuto febbre, congiuntivite, difficoltà respiratorie o sindrome influenzale?
- oggi ha avuto febbre, congiuntivite, difficoltà respiratorie o sindrome influenzale?

Informativa ex art. 13 D.lgs. 196/2003

Gentile Signore/a, Desidero informarLa che il D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. n.196/2003, pertanto, il trattamento dei dati personali da Lei volontariamente forniti saranno trattati nel rispetto della normativa in materia di tutela del trattamento dei dati personali e nel rispetto degli obblighi e delle garanzie delle norme di legge, contrattuali e regolamentari. I dati da Lei forniti sono raccolti, sulla base del legittimo interesse del Titolare, per esclusive finalità di sicurezza in considerazione alla gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. All'interno della nostra organizzazione i dati potranno essere conosciuti solo da soggetti specificatamente autorizzati e istituiti e saranno conservati per 30gg.

Data

Firma del paziente

---