



## CONSENSO INFORMATIVO



Il Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_

dichiaro di essere stato/a informato/a in maniera dettagliata ed esauriente 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. Per il regime alimentare che mi sarà assegnato il nutrizionista mi potrà consigliare integratori alimentari riguardo i quali mi verrà spiegato lo scopo e l'utilità, le modalità di utilizzo, le indicazioni, le controindicazioni e i possibili effetti collaterali. 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. 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 seguire il regime alimentare consigliato. Dichiaro di essere a conoscenza del fatto che il consiglio nutrizionale che mi verrà inviato on-line (acquistabile su [www.epnutrizione.it](http://www.epnutrizione.it)) è un modello generale di dieta mediterranea, adatto a persone che non presentano patologie diagnosticate da un medico.

*Preso atto di quanto sopra e acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003, presta il suo consenso al trattamento dei dati personali per i fini indicati nella suddetta informativa, conscio che i dati non saranno comunicati ad altri soggetti né saranno oggetto di diffusione. Eventuali informazioni circa il mio stato di salute potranno essere fornite solo ed esclusivamente dopo mia espressa autorizzazione.*

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

FIRMA GENITORE /TUTORE (in caso di minori) \_\_\_\_\_

*ai sensi del D.Lgs. 196/2003, sulla tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, la gestione delle informazioni che La riguardano, sarà improntata ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti.*

In particolare, i dati idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, (omissis) i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale, possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dell'interessato.

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

I dati non sono comunicati a terzi, tranne quando sia necessario o previsto dalla legge.

### RISERVATO AD EP NUTRIZIONE

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| \_\_\_\_\_ TIMBRO E FIRMA