

Conferimento di Incarico Professionale e Consenso al Trattamento dei Dati Personali (ai sensi del D.Lgs. 196/03 e del Regolamento UE 2016/679 – GDPR)

Il/La sottoscritto/a
nato/a a (Prov.) il
Residente a CAP Via
Cod. Fiscale
Email Telefono
Occupazione Stato civile

Motivo della consulenza nutrizionale

.....
.....

Diete seguite in passato

.....
.....

Fai da te oppure seguita da un professionista?

Patologie attuali e/o pregresse

.....
.....

Allergie o intolleranze alimentari

.....
.....

Farmaci, integratori o prodotti dietetici assunti

.....
.....

Si ammala spesso?

Consumo di bevande e zuccheri

Bevande zuccherate, alcolici, succhi o spremute?

Usa zucchero abitualmente (caffè, tè, tisane, ecc.)?

Funzione intestinale

È regolare in bagno? Soffre di stitichezza o diarrea?

Soffre di pesantezza dopo i pasti?

Peso e attività fisica

Peso minimo e massimo negli ultimi 10 anni:

Attività fisica praticata (tipo e frequenza):

Attività lavorativa

.....
.....

Area Donna

Ciclo mestruale:

☐ Regolare ☐ Non regolare ☐ Menopausa

Se in menopausa, da quanto tempo?

Gravidanze:

se sì, parto: ☐ Naturale ☐ Cesareo

Eventuali problematiche ginecologiche (es. ovaio micropolicistico, miomi, ecc.):

.....

Sbalzi d'umore premestruali: ☐ Sì ☐ No

Gonfiore arti inferiori: ☐ Sì ☐ No

Stile di vita

Fuma? ☐ Sì ☐ No

Quante ore dorme a notte?

Sonno continuo o discontinuo?

Come pensa di alimentarsi attualmente?

In passato com'era il suo peso?

Peso dei familiari (padre, madre, fratelli/sorelle):

Storia familiare

Indichi eventuali malattie presenti in famiglia (padre/madre/nonni): Malattie cardiovascolari (infarto, ictus, ischemia), ipertensione, diabete, demenze, tumori, disfunzioni tiroidee, altre

.....

Abitudini alimentari

Quanta acqua assume al giorno?

Tipo di acqua preferita: ☐ Naturale ☐ Gassata ☐ Minerale

Consumo di alcolici (quali e in che quantità):

Caffè (quantità):

Bevande gassate o tisane (specificare eventualmente se zuccherate):

.....

Se pensa alla parola "dieta", cosa le viene in mente?

.....

In periodi di stress o defaillance emotiva tende a mangiare di più? ☐ Sì ☐ No

In quali momenti tende a mangiare di più?

Considerazioni personali o obiettivi specifici:

.....

Dichiarazioni

Il/La sottoscritto/a dichiara:

Conferimento incarico: di affidare alla Dott.ssa Giulia Tropeano, nata a Giussano (MB) il 05/01/1992, iscritta all'Albo dei Biologi – Sezione A n. AA_100374, l'incarico professionale per la valutazione dei propri bisogni nutritivi ed energetici e per l'elaborazione di un piano nutrizionale personalizzato, ai sensi dell'art. 3 della Legge 396/1967. L'incarico decorre dalla data di firma e resta valido fino alla conclusione della prestazione richiesta.

Accertamenti sanitari: di essere stato/a informato/a dell'opportunità di sottoporsi a visita medica per accertare il proprio stato di salute.

Consapevolezza del piano alimentare: di aver compreso vantaggi, limiti e possibili complicanze del piano elaborato, e che i risultati dipendono dalle risposte individuali e dall'aderenza al programma.

Veridicità delle informazioni: di aver fornito dati e anamnesi veritieri e aggiornati, impegnandosi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del proprio stato di salute.

Trattamento dati personali (artt. 13 e 14 GDPR): di acconsentire al trattamento dei propri dati per l'esecuzione dell'incarico, avendo ricevuto informazioni su:

- finalità e modalità del trattamento
- base giuridica
- periodo di conservazione
- possibili comunicazioni o trasferimenti dei dati
- diritti dell'interessato e modalità per esercitarli
- titolare del trattamento: Dott.ssa Giulia Tropeano

Assicurazione professionale: di essere informato/a che la Dott.ssa Giulia Tropeano è assicurata contro i rischi professionali con polizza n. 460249881 – Compagnia GENERALI, massimale € 1.000.000.

Luogo Data

Firma per il conferimento incarico e consenso al trattamento dei dati personali

.....