

LETTERA DI INCARICO PROFESSIONALE

La/Il sottoscritta/o **Nome e Cognome:** _____
nata/o a _____ il ____ / ____ / ____ **Codice Fiscale:** _____

con la sottoscrizione della presente scrittura privata **DICHIARA**

1. Conferimento dell'incarico

di conferire alla **Dott.ssa Giulia Gasparri** incarico professionale per la valutazione dei propri bisogni nutrizionali ed energetici, ai sensi dell'art. 3 della Legge n. 396/1967, e per l'eventuale elaborazione di **indicazioni nutrizionali personalizzate**, coerenti con le condizioni di salute dichiarate.

Il presente incarico decorre dalla data di sottoscrizione della presente lettera e si intende conferito fino alla conclusione della prestazione professionale richiesta o del percorso concordato.

2. Stato di salute e accertamenti medici

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere stato/a informato/a dell'importanza di effettuare, ove necessario, **accertamenti medici preliminari** e si impegna a comunicare tempestivamente alla Dott.ssa Giulia Gasparri ogni informazione rilevante relativa al proprio stato di salute fisica e/o psicologica che possa avere incidenza sull'incarico conferito.

3. Obbligo informativo e responsabilità

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver fornito informazioni **veritiere, complete e aggiornate** sul proprio stato di salute e si impegna a comunicare prontamente eventuali variazioni rilevanti nel corso del rapporto professionale.

L'eventuale omissione o incompletezza delle informazioni fornite esonera la Dott.ssa Giulia Gasparri da ogni responsabilità connessa a indicazioni nutrizionali elaborate sulla base di dati non corretti o non aggiornati.

4. Modalità di svolgimento delle prestazioni

Le prestazioni professionali potranno essere svolte **in presenza e/o mediante strumenti digitali e di comunicazione a distanza**, compatibilmente con l'organizzazione dello studio e nel rispetto della normativa vigente.

5. Compensi professionali e modalità di pagamento

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere stato/a informato/a che le prestazioni professionali prevedono i seguenti compensi:

- **Percorso Intensivo Mensile:** € 260
- **Percorso Intensivo Trimestrale:** € 300
- **Percorso Tradizionale – Prima visita:** € 150
- **Percorso Tradizionale – Controllo:** € 77

I compensi si intendono **comprensivi del contributo integrativo previdenziale ed esenti IVA ai sensi dell'art. 10 n. 18 del DPR 633/72.**

Le prestazioni sono **generalmente soggette a pagamento anticipato**, richiesto per confermare la prenotazione e la riserva del tempo professionale dedicato.

Per eventuali prestazioni differenti o ulteriori, i relativi compensi saranno concordati separatamente tra le parti.
Fa fede, in ogni caso, il compenso concordato al momento della prenotazione.

6. Appuntamenti, cancellazioni, interruzioni e rimborsi

Le prestazioni prevedono la prenotazione di **appuntamenti individuali** e, per alcuni servizi o percorsi, il **prepagamento**.

Cancellazione prima del primo appuntamento

In caso di cancellazione del primo appuntamento, è possibile richiedere il **rimborso dell'importo versato** solo se la cancellazione viene comunicata con **almeno 24 ore di preavviso**.

In tal caso, il rimborso avverrà **al netto di € 25,00**, a titolo di spese amministrative e organizzative.

Le cancellazioni comunicate con un preavviso inferiore alle 24 ore **non danno diritto ad alcun rimborso**, in quanto il tempo professionale è stato riservato.

Mancata presentazione o cancellazione tardiva

Gli appuntamenti non disdetti entro il termine sopra indicato o ai quali il/la paziente non si presenti si considerano **regolarmente effettuati e non sono rimborsabili**.

Interruzione del servizio o del percorso

L'eventuale volontà di interrompere il servizio o il percorso deve essere comunicata in modo **esplicito e tempestivo** alla Dott.ssa Giulia Gasparri.

In assenza di una comunicazione formale di interruzione, la mancata presentazione agli appuntamenti non costituisce interruzione del servizio.

L'eventuale rimborso riguarderà esclusivamente la parte di servizio **successiva alla comunicazione di interruzione**, al netto di € **25,00 di spese amministrative**.

Gli appuntamenti già svolti o programmati prima della comunicazione non verranno in alcun caso rimborsati e saranno detratti dall'eventuale rimborso sulla base della tariffa vigente.

Non sono previsti rimborsi ulteriori.

Recupero degli appuntamenti

Eventuali appuntamenti non svolti possono essere recuperati **entro un massimo di 30 giorni** rispetto alla durata prevista del servizio o del percorso acquistato, compatibilmente con la disponibilità della Dott.ssa Giulia Gasparri.

Il recupero non costituisce un diritto automatico.

Trascorso tale termine, gli appuntamenti non effettuati si considerano definitivamente persi.

Cause di forza maggiore

In presenza di comprovate cause di forza maggiore (malattia, ricovero ospedaliero, lutto, impedimenti gravi), il servizio o il percorso potrà essere **temporaneamente sospeso**.

La sospensione non dà diritto a rimborsi, ma consente esclusivamente il **differimento delle prestazioni**, da concordarsi compatibilmente con l'organizzazione dello studio.

7. Trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, il/la sottoscritto/a dichiara di aver ricevuto l'**Informativa sul trattamento dei dati personali** e presta il consenso al trattamento dei propri dati per le finalità connesse all'esecuzione dell'incarico professionale.

8. Copertura assicurativa

Il/La sottoscritto/a prende atto che la Dott.ssa Giulia Gasparri è coperta da **polizza di assicurazione per la responsabilità civile professionale n. RCM20100016781**.

SOTTOSCRIZIONE

Luogo e data: _____

Firma del/della paziente: