

## LETTERA DI INCARICO PROFESSIONALE

La/il sottoscritta/o **Nome e Cognome:** \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_, in qualità di **esercente la responsabilità genitoriale** sul minore: **Nome e Cognome del minore:** \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ con la sottoscrizione della presente scrittura privata **DICHIARA:**

### 1. Conferimento dell'incarico

#### DICHIARA

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 genitore / esercente la responsabilità genitoriale: