

**CHI EFFETTUA LA VALUTAZIONE:**

Nome		Cognome	
Telefono Fisso	Cellulare	E-mail	
Data di Nascita:	Età:	Indirizzo	
Altezza:	Peso Kg.:		
Professione/Lavoro			

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e dichiarazione di consenso**

Ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003 recante il codice in materia di protezione dei dati personali, \* ..... in qualità di titolare del trattamento, desidera informarLa che i Suoi dati personali, la cui raccolta sarà effettuata presso di Lei, saranno oggetto di trattamento e che lo stesso: I) sarà effettuato in forma manuale e, comunque, nel rispetto delle norme dettate in merito alla sicurezza del trattamento dei dati personali previste dal D.Lgs. 196/2003; II) sarà effettuato per fini promozionali, vale a dire per consentire Le di ricevere informazioni sui prodotti Herbalife; III) non prevede la comunicazione a terzi; IV) non prevede il trasferimento dei Suoi dati verso paesi non appartenenti all'Unione Europea; V) non avrà oggetto i Suoi dati sensibili come definiti dal D.Lgs. 196/2003. Lei è titolare dei diritti di cui all'articolo 7 del D.Lgs. 196/2003 e precisamente ha il diritto in qualunque momento di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che la riguardano, e di conoscerne il contenuto e l'origine, verificarne l'esattezza, chiederne l'integrazione, l'aggiornamento, oppure la rettifica. Lei ha, altresì, il diritto di chiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché di opporsi in ogni caso, per motivi legittimi, al loro trattamento e potrà rivolgersi al titolare ovvero al responsabile del trattamento, al fine di valere tali diritti indirizzando qualsivoglia comunicazione in materia di trattamento dei dati personali del

Sig. .... Via .....

Ai sensi dell'art. 23 del D.Lgs. 196/2003, il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione delle informazioni sopra riportate ed esprime il proprio consenso affinché venga eseguito il trattamento dei propri dati personali.

Data: ..... Firma: .....

\* Inserire Dati del Distributore Indipendente Herbalife

	COLAZIONE	META' MATTINA	PRANZO	META POMERIGGIO	CENA	DOPO CENA
<b>ORA</b>						
<b>COSA MANGIO &amp; COSA BEVO</b>						
<b>ATTIVITA' FISICA</b>						

- 01** **01** - Quale di questi termini descrive meglio il suo stile di vita?  
 **SEDENTARIO**       **ATTIVO**       **STRESSATO**
- 02** **02** - Crede di garantire al suo organismo il 100% del fabbisogno nutritivo quotidiano (cioè tutte le vitamine, minerali, proteine ecc. di cui il suo corpo necessita)?  
 **SI**       **NO**
- 03** **03** - Avverte un calo di energia durante la giornata?  
 **SI**       **NO**       **A VOLTE**
- 04** **04** - Crede di aver bisogno di perdere oppure di aumentare peso?  
 **SI**       **NO**      \_\_\_\_\_
- 05** **05** - Ha problemi di pelle buccia di arancia/ritenzione idrica o gonfiori?  
 **SI**       **NO**
- 06** **06** - Fa almeno 30 minuti di esercizio fisico da 3 a 5 volte alla settimana?  
 **SI**       **NO**
- 07** **07** - Ha fatto delle diete per perdere peso o aumento di massa muscolare in passato?  
 **SI**       **NO**      Se sì, quanto tempo fa? \_\_\_\_\_
- 08** **08** - Riesce a mantenere il suo peso equilibrato?  
 **SI**       **NO**
- 09** **09** - Consuma quotidianamente 5 porzioni tra frutta e verdura?  
 **SI**       **NO**
- 10** **10** - Ha mai fatto uso di integratori alimentari?  
 **SI**       **NO**       **A VOLTE**
- 11** **11** - Quando mangia la carne, consuma in prevalenza carni bianche, pollo, carne magra, oppure carni rosse: bistecche, arrosti ecc?  
 **BIANCA**       **ROSSA**
- 12** **12** - Quando mangia pane, pasta riso, ecc. mangia principalmente farina integrali o farina bianca?  
 **BIANCA**       **INTEGRALE**
- 13** **13** - Mangia almeno 3 volte alla settimana pesce fresco?  
 **SI**       **NO**
- 14** **14** - Riesce a resistere alla voglia di spuntini poco sani (patatine fritte, dolci, biscotti, ecc.) o bibite gasate durante la giornata?  
 **SI**       **NO**
- 15** **15** - Beve almeno 2 litri di acqua durante il giorno?  
 **SI**       **NO**
- 16** **16** - Il suo intestino funziona in maniera regolare e senza problemi?  
 **SI**       **NO**       **A VOLTE**
- 17** **17** - L'apparato digerente funziona in maniera regolare e senza problemi?  
 **SI**       **NO**       **A VOLTE**
- 18** **18** - Soffre di allergie?  
 **SI**       **NO**      Se sì, quali? \_\_\_\_\_
- 19** **19** - Beve caffè durante la giornata?  
 **SI**       **NO**      Se sì, quanti? \_\_\_\_\_
- 20** **20** - Mangia più di 2 volte alla settimana fuori casa?  
 **SI**       **NO**
- 21** **21** - Riesci a prepararti pasti equilibrati o mangi cibi già pronti?  
 **SI**       **NO**
- 22** **22** - Usa dei farmaci per delle patologie particolari?  
 **SI**       **NO**      Se sì per cosa? \_\_\_\_\_
- 23** **23** - Soffre del problema di caduta di capelli e/o unghie fragili?  
 **SI**       **NO**      \_\_\_\_\_
- 24** **24** - Soffre di Mal di Testa?  
 **SI**       **NO**
- 25** **25** - Fuma?      (Se la risposta è SI quante sigarette al gg)  
 **SI**       **NO**      Se sì quante? \_\_\_\_\_