

Per le Medicine in Associazione (Gruppo, Rete e altre forme cooperativistiche) in cui due o piu' figure professionali sono co-titolari

INTESTAZIONE

I Sottofirmati Medici,

.....
.....
.....
.....
.....

tutti convenzionati, per l'Assistenza Primaria con il SSN, con la Regione Lombardia, e svolgenti tale attivita' in forma associativa Gruppo, Rete, Cooperativa denominatae pertanto titolari della raccolta e detenzione dei Cittadino a loro afferenti per scelta. Detenendo e gestendo tali dati sensibili attraverso il programma informatico (software) denominatocon accesso e modifica degli stessi da parte degli altri componenti la forma associativa per le condizioni previste dalla normativa ai fini assistenziali di diagnosi, terapia, riabilitazione e prevenzione

C O N C O R D A N O

di

- 1) adottare tutte le misure atte alla idonea tutela dei dati sensibili, normativamente previste, anche nei confronti dei Cittadini iscritti con i Collegi dell'Associazione e di annotarle, congiuntamente, nei rispettivi "Registri Privacy"
- 2) avvertire preventivamente il Cittadino in caso di consultazione dei dati annotati nella scheda sanitaria di sua competenza
- 3) acquisire il consenso del Cittadino alla detenzione dei dati sensibili anche per gli altri Collegi

Letto, accettato ed approvato

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....