

INTESTAZIONE STUDIO MEDICO

*Il sottoscritto/a in qualità di titolare del
trattamento dei dati dello Studio medico/Studio medico associato con
sede in*

NOMINA QUALE RESPONSABILE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

*Il/la signor/a - Il/La dott./ssa titolare di Studio commercialista con sede in.....
nato/a a il*

In particolare dovrà:

*a) raccogliere, registrare, trattare e conservare i dati personali e sensibili sia su supporto
cartaceo che informatico, avendo cura che l'accesso agli stessi sia consentito solo ai soggetti
autorizzati;*

b) adempiere alla comunicazione dei dati ai soggetti esterni nelle forme previste.

*Le rammento che dovrà adottare la parola chiave riservata per l'accesso alla banca dati
elettronica che dovrà essere periodicamente modificata.*

Data

Firma del Titolare

.....

Firma dell'Incaricato (per ricevuta e presa visione consapevolezza del ruolo)

.....

NB Opportuno allegare Copia documento interessato