

INTESTAZIONE STUDIO MEDICO

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

NOMINA QUALE INCARICATO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

il signor/a nato/a a il

In particolare dovrà:

*a) raccogliere, registrare, trattare e conservare i dati personali e sensibili contenuti nelle
cartelle cliniche, 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 Preferibile allegare copia doc di riconoscimento del Collaboratore Interessato