

## INTESTAZIONE STUDIO MEDICO

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

### *NOMINA QUALE RESPONSABILE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI*

*il signor/a ..... nato/a a ..... il ..... ,  
Titolare del Laboratorio odontotecnico con sede.....*

*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: opportuno allegare copia Doc. dell'Interessato*