

## INTESTAZIONE DEL MEDICO

Luogo e data

### ASSUNZIONE TITOLARITA' AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Io sottoscritto DOTT. \_\_\_\_\_ codice regionale \_\_\_\_\_ in qualità di Responsabile dello Studio Medico DOTT. \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_ e titolare della scelta dei miei Assistiti, con la presente sottoscrizione **assumo l'incarico di Titolare del trattamento dei dati personali e sensibili di cui al Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n.196.**

In particolare mi impegno a:

- 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;
- c) conservare le dichiarazioni del consenso al trattamento dei dati personali e sensibili da parte degli interessati;
- d) vigilare sulla corretta osservanza degli obblighi di Legge da parte dei responsabili ed incaricati del trattamento dati;
- e) impedire l'accesso a terzi non autorizzati nei luoghi in cui sono raccolti e custoditi i dati personali e sensibili;
- f) rispettare il segreto professionale sui dati raccolti e sui quali si ha accesso;
- g) custodire con la massima cura le credenziali d'accesso agli strumenti elettronici.

In fede,

\_\_\_\_\_  
**Timbro e firma del  
Titolare del trattamento dati**