

INTESTAZIONE STUDIO MEDICO ASSOCIATO

Luogo e data

NOMINA INCARICATO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Io sottoscritto _____, in qualità di Titolare del trattamento dei dati personali dello Studio medico Associato _____ con sede in _____, Via _____, **nomino quale Incaricato al trattamento dei dati personali e sensibili** il/la Sig. _____, codice fiscale _____.

In particolare l'Incaricato 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) conservare le dichiarazioni del consenso al trattamento dei dati personali e sensibili da parte degli interessati;
- c) impedire l'accesso a terzi non autorizzati nei luoghi in cui sono raccolti e custoditi i dati personali e sensibili;
- d) rispettare il segreto professionale sui dati raccolti e sui quali si ha accesso.

Si allegano istruzioni ed informazioni connesse all'applicazione delle disposizioni dettate dal Codice in materia di protezione dei dati (D. Lgs. 196/2003).

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

ACCETTAZIONE DELL'INCARICO

Io sottoscritto/a _____ dichiaro di accettare tale incarico.

In fede,

(Firma dell'Incaricato)