

## INTESTAZIONE MEDICO

Luogo e data

### NOMINA INCARICATO 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 del trattamento dei dati personali e sensibili dei miei Assistiti **nomino quale Incaricato al trattamento dei dati personali e sensibili** la Sig.na \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_..

In particolare Ella 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.

Le rammento che dovrà utilizzare e custodire, con la massima diligenza, le seguenti credenziali d'autenticazione a Lei riservate, per l'accesso agli strumenti elettronici:

**Codice identificativo Incaricato** = \_\_\_\_\_

**Codice d'accesso (password)** = \_\_\_\_\_

La password dovrà essere modificata al primo accesso e successivamente ogni 3 mesi. Si allegano istruzioni ed informazioni relative al Codice in materia di protezione dei dati.

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

### ACCETTAZIONE DELL'INCARICO

Io sottoscritta Sig.na \_\_\_\_\_ dichiaro di accettare tale incarico.

In fede,

\_\_\_\_\_  
(Firma dell'Incaricato)