

INTESTAZIONE STUDIO MEDICO ASSOCIATO

Luogo e data

NOMINA RESPONSABILE DEL 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 Responsabile del trattamento dei dati personali e sensibili** il Dott. _____, codice fiscale _____.

In particolare il Responsabile 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;
- c) conservare le dichiarazioni del consenso al trattamento dei dati personali e sensibili da parte degli interessati;
- d) impedire l'accesso a terzi non autorizzati nei luoghi in cui sono raccolti e custoditi i dati personali e sensibili;
- e) 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 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 Dott. _____ dichiaro di accettare tale incarico.

In fede,

(Firma del Responsabile)