

## NOMINA INCARICATO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Dott./Dott.ssa

Medico Chirurgo/Odontoiatria/Studio Associato/Titolare Struttura Sanitaria

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

in qualità di Titolare del trattamento dei dati dello Studio Medico/Odontoiatrico/Studio Associato/Struttura Sanitaria

indirizzo dello studio/struttura \_\_\_\_\_

### NOMINA QUALE INCARICATO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Il Dott. \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

Il Signor \_\_\_\_\_ in qualità di (segretario/a, assistente  
dentale, infermiere/a \_\_\_\_\_

Dott. titolare dello studio commercialista \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_

Il Signor \_\_\_\_\_ nato 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, la quale dovrà essere periodicamente modificata.

Data \_\_\_\_\_

Firma del Titolare

p.a. Firma dell'incaricato

\_\_\_\_\_

**Le voci inserite nel presente modulo non sono adattabili a tutte le figure individuate.  
Si raccomanda quindi di scegliere o adattare le voci alle situazioni particolari**