

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**