

## INTESTAZIONE MEDICO

Luogo e data

### NOMINA RESPONSABILE DEL 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 Responsabile del trattamento dei dati personali e sensibili** il Dott. \_\_\_\_\_, 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) 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 Responsabile =** \_\_\_\_\_

**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 sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ dichiaro di accettare tale incarico.

In fede,

\_\_\_\_\_  
(Firma del Responsabile)