

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

Dott.....  
MEDICO CHIRURGO

Il sottoscritto/a ..... in qualità di Responsabile del trattamento dei dati  
dello Studio medico ..... con sede in .....

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

il signor/a ..... nato/a a ..... il .....

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 che dovrà essere periodicamente modificata.

Data .....

FIRMA DEL RESPONSABILE

All.ti: Istruzioni e artt. 7,8,11,13,33,76,81,83,84 D.Lgs 196/03

p.r. Firma dell'Incaricato

**MODULO 16)**