

Allegato 4B

Nomina incaricato al trattamento dei dati personali e sensibili da parte del RESPONSABILE

Dott..... MEDICO CHIRURGO /
ODONTOIATRA / TITOLARE STRUTTURA SANITARIA

Il sottoscritto/a in qualità di responsabile del
trattamento dei dati dello Studio medico / Studio Odontoiatrico / Studio medico associato / Studio
odontoiatrico associato / Struttura sanitaria, con sede in

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

Il/la signor/a

nat 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 del D.Lgs 196/03

p.r. Firma dell'Incaricato _____