

*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 \_\_\_\_\_