

*Allegato 3A*

*Nomina responsabile al trattamento dei dati personali e sensibili*

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

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

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

Il/la dott./ssa .....

nat ..... a ..... il .....

In particolare dovrà:

- a) raccogliere, registrare, trattare e conservare i dati personali e sensibili 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 TITOLARE

\_\_\_\_\_

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

p.r. Firma del Responsabile \_\_\_\_\_