

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 _____