

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

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

*Il/la signor/a - Il/La dott./ssa titolare di Studio commercialista con sede in..... nato/a 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*

*per ricevuta: Firma del Responsabile*