

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

Dott.....  
MEDICO CHIRURGO/ STUDIO MEDICO ASSOCIATO

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

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

p.r. Firma del Responsabile