



**FAC SIMILE LETTERA DI INCARICO QUALE  
"RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO DATI"  
AI SENSI DPGR ET DLGS 196/2003**

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

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

il DR/DR.SSA ..... nato/a a ..... il ..... e residente a ..... Via ..... CF:.....

Nella qualifica e per i doveri e obblighi derivanti dalla presente nomina , 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, e vigilare sulla corretta conservazione degli stessi.

b) dovranno essere rispettate le misure di sicurezza comunicate e predisposte dal titolare;

c) adempiere alla comunicazione dei dati ai soggetti esterni nelle forme previste dal consenso e dalla informativa solo previa preventiva autorizzazione da parte del titolare.

d) Le informazioni e i dati personali e di salute già archiviati e presenti in cartella non potranno essere modificate o cancellate senza espressa dichiarazione del Titolare.

e) l' accesso ai dati ed alla registrazione dei dati deve essere limitato a quanto effettivamente previsto nei compiti correlati alle funzioni contrattuali e o di esercizio in essere.

f) l' accesso ai dati è consentito o solo in orario di lavoro o per espressa deroga del Titolare.

g) l' accesso ai dati ed alla postazione informatizzata è consentito solo attraverso propria utenza e password che dovrà essere diligentemente conservata e regolarmente sostituita.

h) Il Responsabile , in qualità di sostituto del titolare, quale Medico ..... potrà inserire diligentemente tutte i dati forniti liberamente dal paziente e necessari a completare ed aggiornare sia il diario clinico che la registrazione delle patologie o altri dati clinici utili ed indispensabili alla continuità dell' assistenza ed alla presa in carico del paziente.

h) l' Incaricato dovrà osservare il segreto su qualsiasi informazione , notizia ,dato clinico e personale del quale può essere venuto a conoscenza nel corso del presente incarico, anche a seguito di cessazione del presente incarico.

Data .....

**FIRMA DEL TITOLARE**

**Firma dell'Incaricato**