

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

.....

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

*il signor/a ..... nato/a a ..... il ..... , Titolare del Laboratorio odontotecnico con sede.....*

*In particolare 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;*

*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*