

RISERVATO AI MEDICI OD ODONTOIATRI CHE TRATTANO I DATI CON STRUMENTI ELETTRONICI

**DOCUMENTO PROGRAMMATICO (ex art. 34)****SOGGETTI**

TITOLARE

(Persona fisica o persona giuridica)

RESPONSABILE (se nominato)

(persona fisica o persona giuridica- esterno o interno)

INCARICATO (se nominato)

(persona fisica)

**ELENCO TRATTAMENTO DATI PERSONALI E SENSIBILI**

- a) CARTELLA CLINICA PAZIENTI
- b) DATI ANAGRAFICI PAZIENTI
- c) DATI ANAGRAFICI DIPENDENTI
- d) DATI FORNITORI

AL RESPONSABILE (se individuato) IN DATA ..... E' STATO AFFIDATO IL COMPITO DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI CON LETTERA DEL .....

—

L'INCARICATO (se individuato) IN DATA ..... E' STATO AUTORIZZATO A COMPIERE OPERAZIONI DI TRATTAMENTO CON LETTERA DEL ..... E SONO STATE FORNITE LE ISTRUZIONI OPERATIVE (VADEMECUM) E LE PRINCIPALI NOZIONI RELATIVE AL CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

**MISURE DI PROTEZIONE ADOTTATE PER EVITARE RISCHI DI DISTRUZIONE, DANNEGGIAMENTO O PERDITA DEI DATI, ACCESSO NON AUTORIZZATO O TRATTAMENTO NON CONSENTITO O NON CONFORME ALLE FINALITA' DELLA RACCOLTA**

- a) PAROLA CHIAVE PER ACCESSO ELABORATORE
- b) EVENTUALI PIU' PAROLE CHIAVE SE DIVERSI INCARICATI
- c) PERIODICA MODIFICA PAROLA CHIAVE (3 mesi)

**RISERVATO AI MEDICI OD ODONTOIATRI CHE TRATTANO I DATI CON STRUMENTI ELETTRONICI**

- d) PREDISPOSIZIONE COPIA DI SICUREZZA SU SUPPORTO  
MAGNETICO (almeno settimanalmente)
- e) ADOZIONE MISURE IDONEE PER IL RIPRISTINO DELL'ACCESSO  
AI DATI (password custodita in busta chiusa o nel caso di cartaceo  
chiusura a chiave dell'armadio)

FORMAZIONE MENSILE DELL'INCARICATO AL TRATTAMENTO

ADOZIONE MISURE DI SEPARAZIONE DATI SENSIBILI  
DA DATI PERSONALI (il trattamento dei dati sensibili dei pazienti e  
dipendenti sono separati dai dati comuni con accesso selezionato)

REVISIONE ANNUALE DEL DOCUMENTO

2004	<input type="checkbox"/>
2005	<input type="checkbox"/>
2006	<input type="checkbox"/>

FIRMA DEL TITOLARE

DATA

RISERVATO AI MEDICI OD ODONTOIATRI CHE TRATTANO I DATI SENZA L'AUSILIO DI STRUMENTI ELETTRONICI

**DOCUMENTO PROGRAMMATICO (ex art. 35)**

**SOGGETTI**

TITOLARE

(persona fisica o persona giuridica)

RESPONSABILE (se nominato)

(persona fisica o persona giuridica- esterno o interno)

INCARICATO (se nominato)

(persona fisica)

**ELENCO TRATTAMENTO DATI PERSONALI E SENSIBILI**

- a) CARTELLA CLINICA PAZIENTI
- b) DATI ANAGRAFICI PAZIENTI
- c) DATI ANAGRAFICI DIPENDENTI
- d) DATI FORNITORI

AL RESPONSABILE (se individuato) IN DATA ..... E' STATO AFFIDATO IL COMPITO DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI CON LETTERA DEL .....

L'INCARICATO (se individuato) IN DATA ..... E' STATO AUTORIZZATO A COMPIERE OPERAZIONI DI TRATTAMENTO CON LETTERA DEL ..... E SONO STATE FORNITE LE ISTRUZIONI OPERATIVE (VADEMECUM) E LE PRINCIPALI NOZIONI RELATIVE AL CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

ISTRUZIONI SCRITTE ALL'INCARICATO PER LA CUSTODIA E IL CONTROLLO DI ATTI E DOCUMENTI CONTENENTI DATI PERSONALI E DATI SENSIBILI

ISTRUZIONI SCRITTE ALL'INCARICATO PER LA RESTITUZIONE DI ATTI E DOCUMENTI CONTENENTI DATI SENSIBILI AL TERMINE DELLE OPERAZIONI DI TRATTAMENTO AFFIDATE

FORMAZIONE MENSILE DELL'INCARICATO AL TRATTAMENTO

REVISIONE ANNUALE DEL DOCUMENTO 2004

2005

2006

FIRMA DEL TITOLARE

DATA

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

Dott.....  
MEDICO CHIRURGO

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

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

Il/la dott./ssa ..... nato 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

917318

**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

9000310

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

Dott.....  
ODONTOIATRA

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

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

Il/la dott./ssa ..... nato 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

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

Dott. ....  
ODONTOIATRA/ STUDIO ODONTOIATRICO ASSOCIATO

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

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

p.r. Firma del Responsabile

ALTO 4/A

**NOMINA INCARICATO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI**

Dott.....  
MEDICO CHIRURGO

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

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

il signor/a ..... nato/a a ..... il .....

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

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

p.r. Firma dell'Incaricato

1



AUT. G.B.

**NOMINA INCARICATO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI**

Dott. ....  
MEDICO CHIRURGO

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

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

il signor/a ..... nato/a a ..... il .....

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 RESPONSABILE

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

p.r. Firma dell'Incaricato

PIÙ TO 4, C

## NOMINA INCARICATO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Dott. ....  
ODONTOIATRA

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

## NOMINA QUALE INCARICATO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

il signor/a ..... nato/a a ..... il .....

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

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

p.r. Firma dell'Incaricato

2

Aut. 4/B

**NOMINA INCARICATO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI**

Dott. ....  
ODONTOIATRA

Il sottoscritto/a ..... in qualità di Responsabile del trattamento dei dati dello studio odontoiatrico ..... con sede in .....

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

il signor/a ..... nato/a a ..... il .....

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 RESPONSABILE

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

p.r. Firma dell'Incaricato

SUTO U.E

**NOMINA INCARICATO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI**

Dott. ....  
TITOLARE STRUTTURA SANITARIA

Il sottoscritto/a ..... in qualità di Titolare del trattamento dei dati della struttura sanitaria ..... con sede in .....

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

il signor/a ..... nato/a a ..... il .....

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

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

p.r. Firma dell'incaricato

ALTO 4/E

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

Dott.....  
TITOLARE STRUTTURA SANITARIA

Il sottoscritto/a ..... in qualità di Responsabile del trattamento dei dati della struttura sanitaria ..... con sede in .....

### **NOMINA QUALE INCARICATO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI**

il signor/a ..... nato/a a ..... il .....

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 RESPONSABILE

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

p.r. Firma dell'Incaricato