Gentile Dottor/ssa

………………………………………………

Via ……………………………………, ………..

Cap ……………….. città …………………….. Provincia ………………………….

Oggetto: **REGOLAMENTO UE 2016/679 – ATTO DI AUTORIZZAZIONE - INCARICATO**

Premesso che lei svolge le mansioni di sostituto del titolare dello studio medico e che le prestazioni contrattuali a lei assegnate comportano il trattamento dei dati personali degli utenti, le fornisco e allego alla presente l’informativa sulla protezione dei dati dello studio.

Inoltre, in attuazione degli artt. 4, 29, 32, 39 del **Regolamento UE 2016/679** la autorizzo al trattamento dei dati per le finalità strettamente pertinenti all’esecuzione della prestazione lavorativa ed esclusivamente in relazione ai seguenti ambiti e operazioni:

|  |  |
| --- | --- |
| **Ambiti dati** | **Operazioni** |
| Dati anagrafici e di contatto degli assistiti (genitori e minori).  | Accesso, Consultazione, Elaborazione, Archiviazione,Cancellazione, Comunicazione  |
| Dati sanitari dei pazienti (informazioni della cartella clinica di carattere sanitario, genetico e sociale sul percorso diagnostico-terapeutico) presenti nell’applicativo pediatrico. | Accesso, Consultazione, Elaborazione, Archiviazione,Cancellazione, Comunicazione |
| Referti di esami diagnostici e specialistici consegnati o inviati dai pazienti. | Accesso, Consultazione, Archiviazione, Comunicazione |
| Ricette mediche | Accesso, Consultazione, Elaborazione, Archiviazione,Cancellazione, Comunicazione |
| Prescrizioni, certificazioni | Accesso, Consultazione, Elaborazione, Archiviazione,Cancellazione, Comunicazione |
| Comunicazioni ad ASL come Bilanci di salute, denunce di malattie infettive | Accesso, Consultazione |

Per l’esecuzione dell’autorizzazione lei dovrà attenersi alle norme di legge, ai protocolli interni consegnati, al dossier privacy dello studio. Le ricordo che è inoltre tenuta ad effettuare la formazione specifica in materia di protezione dati.

A fronte dell’incarico di assistenza e manutenzione, ricordo i seguenti obblighi:

* adottare le misure di sicurezza, assistere il titolare nella elaborazione e attuazione delle misure tecniche di sicurezza
* informare immediatamente il titolare in caso di perdita, distruzione, accesso non autorizzato, modifica non autorizzata rilevata o causata
* assicurare il rispetto della riservatezza dei dati degli interessati
* cancellare o restituire i dati al termine del rapporto
* assistere il titolare nel caso di esercizio dei diritti da parte degli interessati
* assistere il titolare e mettere a disposizione tutte le informazioni necessarie per dimostrare l’allineamento in caso di ispezione o verifica di autorità
* fornire e mantenere aggiornati i propri dati di contatto

Si precisa che gli obblighi sopra descritti fanno parte integrante della prestazione lavorativa e pertanto sono da lei dovuti in base al contratto di lavoro.

La presente autorizzazione ha efficacia fino alla risoluzione del rapporto di collaborazione per qualsiasi causa oppure fino a revoca da parte del titolare.

A titolo di trasparenza le chiedo di firmare copia della presente comunicazione.

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………..,  | Firma  |