

## **STUDIO MEDICO DOTT.**

---

### **Modulo comunicazione password**

Nome incaricato del trattamento \_\_\_\_\_

Password di accesso alla rete / programma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'incaricato del trattamento

\_\_\_\_\_

**N.B. Questo modulo è da consegnare al "Titolare del trattamento" in busta chiusa che dovrà recare all'esterno il nome dell'incaricato.**

**Sarà cura dell'incaricato del trattamento comunicare immediatamente al " Titolare del trattamento", la variazione delle proprie password di accesso, utilizzando sempre il presente modulo.**