

All. 4

(Carta intestata ed apposizione timbro alla firma)

ALL'INAIL
DIREZIONE REGIONALE MARCHE

Oggetto: Attestazione sul Trattamento dati personali e sensibili

La/il struttura/studio _____,
rappresentata/o dal/dalla _____ (legale rappresentante),
attesta che, nell'erogazione di prestazioni specialistiche odontoiatriche di cui alla
convenzione da stipulare con codesto Spett.le Istituto, tratterà i dati personali
in conformità a quanto previsto dall'art. 31 e seguenti del D.lgs. 30 giugno 2003,
n. 196 e s.m., dal Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza
– allegato B) al codice medesimo, conformemente al Regolamento (UE)
2016/679 e al Codice Privacy come modificato dal D.Lgs. 101/2018, nonché dalle
disposizioni emanate dal Garante e dall'I.N.A.I.L. in materia di sicurezza.

Luogo, data

Timbro e Firma leggibile del legale Rappresentante
