

DOCUMENTO PROGRAMMATICO SULLA SICUREZZA

ex Art. 34 lett. (g), e n.19.01-08 allegato B.

D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196 Codice della protezione dei dati personali

Il presente documento delinea il quadro delle misure di sicurezza, organizzative, fisiche e logiche, che lo **STUDIO MEDICO Dott.** _____ con sede in _____

Via _____, n° _____, (C.F. _____, P.I. _____), nella qualità di Titolare / Responsabile, adotta per il trattamento dei dati personali effettuato, in conformità ed ai sensi e per gli effetti dell'art. 34, comma 1, lettera g) del decreto legislativo n.196 del 20 giugno 2003, e del disciplinare tecnico allegato al medesimo decreto, a tal fine

dichiara che:

Nello **Studio Medico Dott.** _____ vengono trattati dati personali, dati identificativi, dati sensibili dei pazienti relativamente a ciò che è strettamente necessario all'espletamento degli incarichi professionali.

Vengono altresì trattati i dati personali, dati identificativi, dati sensibili dei collaboratori e dei dipendenti per l'adempimento degli obblighi contrattuali, contabili, tributari e fiscali e per ciò che è necessario all'adempimento degli obblighi di legge in materia di lavoro dipendente e quant'altro riguardi il rapporto di lavoro.

Il trattamento dei dati dei soggetti sopra indicati riguarda qualunque operazione, o complesso di operazioni, effettuate anche senza l'ausilio di strumenti elettronici, necessarie agli scopi sopra specificati, concernenti: la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la conservazione, la consultazione, l'elaborazione, la modifica, la comunicazione, la cancellazione, la distribuzione.

Nello Studio Medico Dott. _____ di _____ Via _____, n° _____ operano :

- Dott. _____ (MEDICO) – Titolare del Trattamento per i dati personali, dati identificativi, dati sensibili riguardanti i pazienti, il personale interno, i collaboratori, nonché i dati per tutte le incombenze e le necessità richieste per l'esercizio della professione nel rispetto del Codice per la protezione dei dati personali, del Codice Deontologico e della Legge Professionale.

- _____ - Incaricato del Trattamento

(Nella sua qualità di _____), è incaricato del trattamento relativamente alle funzioni che derivano per obblighi di legge, di contratto, e deontologici).

I dati nello Studio Medico Dott. _____ di _____ Via _____, n° _____ sono trattati mediante inserimento nei seguenti archivi:

- **Archivio cartaceo** contenente _____: ubicato in _____;

- **Archivio elettronico** contenente i dati di tutti i pazienti è presente su Personal Computer / Notebook protetto da credenziali di autenticazione distribuite dal titolare/responsabile del trattamento agli incaricati, i quali possono operare sull'archivio elettronico tramite profilo di autorizzazione nel rispetto delle disposizioni di cui all'allegato B del Codice della protezione dei dati personali.;

Il sistema informatico dello Studio Medico Dott. _____ di _____ Via _____, n° _____

è composto da:

- N° _____ personal computer con Sistema Operativo _____
- N° _____ computer portatili con Sistema Operativo _____
- di cui N° _____ computer in rete LAN, N° _____ computer collegati ad internet.
- Programma antivirus installato su tutti i computer. **SI / NO**
- Dispositivi wireless installati. **SI / NO**
- Firewall hardware installati. **SI / NO**

Misure di sicurezza adottate nella sede di _____ Via _____, n° _____:

Gli strumenti informatici sono dotati di credenziali di autenticazione per l'accesso e di profili di autorizzazione per il trattamento dei dati nonché di una parola chiave per l'accesso al singolo elaboratore elettronico, tutti i computer sono protetti da programmi anti-virus e antintrusione, periodicamente aggiornati nel rispetto della legge, così come nel rispetto della legge sono periodicamente aggiornati i sistemi operativi e gli applicativi;

Il portone di ingresso allo Studio è dotato di:

- serratura di sicurezza **SI / NO**
- porta blindata. **SI / NO**

Lo studio è protetto da:

- | | |
|-----------------------|---------|
| • sistema di allarme | SI / NO |
| • sistema antincendio | SI / NO |

L'impianto elettrico è a norma CE.

SI / NO

Lo studio è dotato di un gruppo di continuità.

SI / NO

Lo studio è dotato di cassaforte ignifuga per conservazione Backup di sicurezza archivi.

SI / NO

Lo Studio Medico Dott. _____ affida dati all'esterno per la seguente attività:

- **GESTIONE SERVER COOPERATIVA:** per tale attività i dati vengono affidati alla GAMMA UFFICIO Srl;

Per il trattamento dei suddetti dati, vengono prese le seguenti precauzioni:

- Trasmissione dati tramite specifica VPN crittografata.

Esame dei rischi cui sono sottoposti i dati:

Considerato l'organizzazione dello **Studio Medico Dott.** _____, si ritiene che il rischio cui vanno incontro i dati trattati è:

Sottrazione di credenziale di autenticazione;	Alto - Medio - Basso
Carenza di consapevolezza, disattenzione o incuria;	Alto - Medio - Basso
Comportamenti sleali o fraudolenti;	Alto - Medio - Basso
Errore materiale;	Alto - Medio - Basso
Azione di virus informatici o di programmi suscettibili di recare danno;	Alto - Medio - Basso
Spamming o tecniche di sabotaggio;	Alto - Medio - Basso
Malfunzionamento, indisponibilità o degrado degli strumenti;	Alto - Medio - Basso
Accessi esterni non autorizzati;	Alto - Medio - Basso
Intercettazioni di informazioni in rete;	Alto - Medio - Basso
Accessi non autorizzati a locali/reparti ad accesso ristretto;	Alto - Medio - Basso
Sottrazioni di strumenti contenenti dati;	Alto - Medio - Basso
Eventi distruttivi, naturali o artificiali (movimenti tellurici, incendi, allagamenti, condizioni ambientali, ecc.), nonché dolosi, accidentali o dovuti ad incuria;	Alto - Medio - Basso
Guasto ai sistemi complementari (impianto elettrico, climatizzazione, ecc.);	Alto - Medio - Basso
Errori umani nella gestione della sicurezza.	Alto - Medio - Basso

Per contrastare i rischi a cui sono sottoposti i dati, lo Studio prevede di adottare le seguenti misure:

Per quanto sopra esposto possiamo ragionevolmente dichiarare che tali rischi, sono tutti bilanciati e contrastati dalle misure di sicurezza adottate in conformità alla normativa in vigore.

Ogni settimana vengono inviati i dati al Server centrale della Cooperativa e viene effettuata copia di backup dei dati tenuti su strumenti elettronici per l'accesso ai quali vengono utilizzate credenziali di autenticazione conosciute dal Titolare del trattamento. Le copie di backup sono conservate in luogo sicuro e protetto, diverso da quello in cui vengono abitualmente tenuti i dati; luogo la cui accessibilità è riservata al solo Titolare / Responsabile del trattamento. In caso di perdita totale o parziale dei dati degli archivi, gli stessi possono essere comunque agevolmente ricostruiti e resi disponibili ricorrendo alla copia di back-up oppure ai dati presenti sul Server centrale della Cooperativa

Il Titolare/Responsabile provvede a fornire agli incaricati e agli altri soggetti dello studio, la formazione sul corretto comportamento necessario al rispetto della norma sulla tutela e protezione dei dati personali; oltre a controllare e vigilare sul rispetto delle misure di sicurezza.

Il Titolare / Responsabile, gli Incaricati hanno seguito la formazione sulla tutela e protezione dei dati personali trattati dallo **STUDIO MEDICO Dott.** _____, sono stati resi edotti sui rischi e sulle responsabilità che una superficiale condotta comporterebbe, sono stati formati sull'uso e sulla gestione delle credenziali di accesso, sulle credenziali di autorizzazione, sulle parole chiave.

I Responsabili e gli incaricati sono stati resi edotti sui rischi da "social engineering" sull'invio di fax, sull'uso degli strumenti elettronici, sull'uso degli apparati di riproduzione, sullo smaltimento dei rifiuti cartacei.

Data ____ / ____ / ____

Dott. _____

(Titolare del Trattamento)