# MODULO PER LA COMUNICAZIONE DEL DATA BREACH AL TITOLARE

La modulistica a seguire dovrà essere compilata e inviata a mezzo e-mail al seguente indirizzo: info@sanicampalermo.it dal Responsabile del Dipartimento in cui viene scoperto per la prima volta il Data Breach.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Informazioni riguardanti il Data Breach** | **Note** |
| **Data scoperta violazione:** |  |  |
| **Data dell’incidente:** |  |  |
| **Luogo della violazione (specificare se sia avvenuta a seguito di smarrimento di dispositivi o di supporti portatili):** |  |  |
| **Nome della persona che ha riferito della violazione:** |  |  |
| **Dati di contatto della persona che ha riferito della violazione (indirizzo e-mail, numero telefonico):** *In caso di destinatario esterno indicare la ragione sociale:* |  |  |
| **Denominazione della/e banca/che dati oggetto di Data Breach e breve descrizione della violazione dei dati personali ivi trattati:** |  |  |
| **Categorie e numero approssimativo di interessati coinvolti nella violazione:** |  |  |
| **Breve descrizione di eventuali azioni poste in essere al momento della scoperta della violazione:** |  |  |
| **Responsabile del dipartimento:** |  |  |
| **data:** |  |  |