

**COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD DESTINADO A ALUMNOS
(Anexo I Protocolo)**

D., con D.N.I., que tiene la condición de personal en formación en régimen de alumnado en el Centro Sanitario.....como:

- Alumno universitario de Grado:
 - Medicina Farmacia Odontología Enfermería Fisioterapia Terapia
 - Ocupacional Logopedia Podología Óptica-optometría Dietistas-nutricionistas.

- Estudiantes universitarios de post-grado/investigadores:
 - Master Doctorado Investigador

- Estudiantes de formación profesional de la familia sanitaria:
 - Técnico de grado medio en:
 - Técnico de grado superior:

Declara que,

1. Reconoce que los pacientes tienen derecho al respeto de su personalidad, dignidad humana e intimidad y a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso.
2. También reconoce que los pacientes tienen derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización.
3. De acuerdo con el artículo 10 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, reconoce que tiene el deber de mantener secreto respecto a la información a la que acceda en el desarrollo de su actividad, comprometiéndose a prestar el máximo cuidado y confidencialidad en el manejo y custodia de cualquier información/documentación durante su periodo formativo y una vez concluido el mismo.
4. Reconoce que no procede transferir, duplicar o reproducir todo o parte de la información a la que tenga acceso con motivo de su actividad en el Centro, no pudiendo utilizar los datos proporcionados por el mismo para finalidades distintas a la formación, o aquellas otras para las que fuera autorizado por la dirección del Centro.
5. Conoce y acepta el Protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos de Ciencias de la Salud.

Por todo ello se compromete a que su conducta en el Centro Sanitario se adecue a lo previsto en los apartados anteriores de esta declaración, que se suscribe por duplicado,

En,..... a,.... de..... de.....

Fdo.:

- Ejemplar interesado Ejemplar Centro Sanitario