ANEXO I

Protocolo

Compromiso de confidencialidad destinado a alumnos/as

D. .....
con DNI/NIF/NIE ..... tiene la condición de personal en formación en régimen de alumnado en el **Área Sanitaria de Vigo** como:

- Alumno universitario de Grado:

☐ Medicina ☐ Farmacia ☐ Odontología ☐ Enfermería
☐ Fisioterapia ☐ Terapia Ocupacional ☐ Logopedia ☐ Podología
☐ Óptica-optometría ☐ Dietista-nutricionista ☐ Otras titulaciones _____

- Estudiantes universitarios de post-grado/investigadores:

☐ Master ☐ Doctorado ☐ Título propio ☐ Investigador

- Estudiantes de formación profesional de la familia sanitaria:

☐ Técnico de grado medio en: .....

☐ Técnico de grado superior en: .....

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 relacionados con las Ciencias de la Salud.

6. Está enterado de que es responsable personal de acatar el deber de confidencialidad y de que su incumplimiento puede tener consecuencias penales, disciplinarias o incluso civiles.

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 responsable, que se suscribe por duplicado,

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

Firma

☐ *Ejemplar interesado* ☐ *Ejemplar Docencia de Grado*