

COMPROMÍS DE CONFIDENCIALITAT PER A ACTIVITATS FORMATIVES OBSERVACIONALS
Segons BOE 6/2/2017. Ordre SI/81/2017

D. _____ amb DNI/NIF/NIE _____
Telèfon: _____ E-mail: _____

Procedent del centre: _____ com a professionals sanitaris
especialista en que sol·licita una **Activitat Formativa
Observacional (AFO)**

Declaro que,

1. Reconeix que els pacients tenen dret al respecte de la seva personalitat, dignitat humana i intimitat, i a la confidencialitat de tota la informació relacionada amb el seu procés.
2. També reconeix que els pacients tenen dret a que es respecti al seu caràcter confidencial de les dades referents a la seva salut, i a que ningú pugui accedir-hi sense prèvia autorització.
3. De conformitat amb la normativa vigent en matèria de protecció de dades, reconeix que té el deure de mantenir el secret respecte a la informació a què pugui accedir en el desenvolupament de la seva activitat, i es compromet a prestar la màxima cura i confidencialitat en el maneig i custòdia de qualsevol informació/documentació durant el seu període formatiu i una vegada conclòs.
4. Reconeix que no procedeix transferir, duplicar o reproduir tota o part de la informació a la que tingui accés amb motiu de la seva activitat al centre, no podent utilitzar les dades proporcionades per a finalitats alienes a la formació, o per les que fos autoritzat per la direcció del centre.
5. Coneix i accepta el Protocol mitjançant el que es determinen les pautes bàsiques destinades a assegurar i protegir el dret a la intimitat del pacient per als alumnes relacionats amb les Ciències de la Salut.
6. Està assabentat que és personalment responsable d'acatar el deure de confidencialitat i que el seu incompliment pot tenir conseqüències penals, disciplinàries i fins i tot civils.

Per tot això es compromet a que la seva conducta en aquest Centre sanitari s'adeqüi al previst en els apartats anteriors d'aquesta declaració responsable, que es subscriu per duplicat,

(Lloc i data) _____ Signatura professional: _____

☐

Còpia per a l'interessat

☐

Còpia per al Consorci Sanitari Integral

☐

Còpia per a la Comissió Docència

El Consorci Sanitari Integral (CSI) és el responsable del tractament de les dades recollides en aquest formulari, amb la finalitat de gestionar l'estada formativa al CSI, segons conveni amb el seu centre d'estudis. La base legal del tractament és l'execució d'aquest conveni. Pot exercir els seus drets d'accés, rectificació, supressió, oposició, limitació i portabilitat correu electrònic a dpd@csi.cat. També té dret a acudir a la Autoritat Catalana de Protecció de Dades o similar. Per a més informació, pot consultar www.csi.cat.