**Compromiso de confidencialidad** destinado a alumnos:

D.......................................................................................................................

con DNI/NIF/NIE ........................................................... tiene la condición de personal en formación en régimen de alumnado en el Centro Sanitario**: Área Clínica de Podologia de la Facultad de Enfermeria, Fisioterapia y Podologia de la Universidad de Sevilla** como:

□ Alumno universitario de Grado en Podología

Otros titulados universitarios

● Estudiantes universitarios de post-grado/investigadores:

□ Master □ Doctorado □ Título propio □ Investigador

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. Según el Reglamento General de Protección de Datos de Carácter Personal (RGPD) reconoce 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,

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

Fdo.:

□Ejemplar interesado □ Ejemplar Centro Sanitario