**ANEXO IV**

**Compromiso de confidencialidad**

D. (indicar nombre y apellidos), con DNI/NIF/NIE (indicar DNI/NIF) tiene la condición de personal en formación en régimen de alumnado en el (denominación del centro colaborador), como estudiante de Formación Profesional, en la familia profesional de (denominación de la familia profesional), del ciclo formativo de grado (denominación del ciclo formativo).

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 lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPDP), 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 Sanitario, 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 Sanitario.

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 el alumnado relacionado 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 (indicar denominación del centro colaborador) se adecue a lo previsto en los apartados anteriores de esta declaración responsable, que se suscribe por duplicado,

En (indicar localidad) a (indicar fecha: día/mes/año)

Fdo.: (indica nombre y apellidos del alumno/a)

□ Ejemplar para el interesado/a □ Ejemplar para el centro colaborador