**ANEXO III**

El/la abajo firmante, alumno del Centro Docente **EHU-UPV Facultad Medicina y Enfermería**, D./Dª. , ha sido seleccionado/a para realizar una práctica formativa con objeto del Convenio de Colaboración suscrito entre **EHU-UPV Facultad Medicina y Enfermería** y Osakidetza.

Las prácticas tendrán lugar durante el periodo comprendido entre el día y el día  ambos inclusive, y que se desarrollarán en la unidad  del Hospital Universitario Donostia de Donostia, que forma parte de la Organización Sanitaria Integrada DONOSTIALDEA (OSI DONOSTIALDEA), Organización de Servicios Sanitarios de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

**MANIFIESTA**

**Primero.**-Que conoce el convenio suscrito entre **EHU-UPV Facultad Medicina y Enfermería** y el Hospital Universitario Donostia, para docencia, el cual acepta sin restricción alguna.

**Segundo.-** Que se compromete a cumplir las normas establecidas por el Hospital Universitario Donostia, con observación asimismo de las normas sobre seguridad y salud laboral y sobre Protección de Datos Personales (entendiendo por tales aquellos datos que permitan la identificación de una persona concreta), con un deber de secreto ilimitado en el tiempo sobre aquellos Datos de esa naturaleza que correspondan a pacientes o empleados, a los que hubiera podido tener acceso con ocasión de la realización de las prácticas.

**Tercero**.- Que queda obligado a no utilizar en beneficio propio o a no transmitir cualquier otra información, dato no personal, etc. que conozca u obtenga con ocasión de la docencia que se le imparta.

**Cuarto**.- Que asume que la actividad que se desarrolle en el Hospital Universitario Donostia por esta relación convenial, en ningún caso generará más vinculación o relación laboral estatutaria o funcionarial con el Ente Público Osakidetza-S.V.S. que la que previamente pudiera existir, según los casos.

**Quinto.**- Que el incumplimiento de lo establecido anteriormente, será causa de resolución del convenio con respecto al discente incurso en tal incumplimiento, sin perjuicio de las responsabilidades de índole civil y/o penal en las que pueda incurrir.

Y en prueba de conformidad con su contenido lo firma en Donostia-San Sebastián, a de  de .

Fdo.:

DNI nº

Vº Bº EL CENTRO DOCENTE

Vº Bº OSI DONOSTIALDEA

Fdo.: Josune Retegi Ormazabal

Jefe Servicio

Gestión del Conocimiento e Innovación

**COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD**

**DESTINADO AL COLECTIVO DE ALUMNOS (Anexo I Protocolo)**

D./Dª., con DNI tiene la condición de personal en formación en régimen de alumno/a en el Hospital Universitario Donostia como:

* Alumno/a universitario/a de Grado:

Medicina  Farmacia  Odontología  Enfermería

Fisioterapia  Terapia Ocupacional  Logopedia  Podología

Óptica-optometría  Dietista-nutricionista  Otras titulaciones universitarias

**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 período 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 Hospital Universitario Donostia, 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 Hospital Universitario Donostia.
5. Conoce y acepta la Instrucción mediante la 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/a 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 Hospital Universitario Donostia se adecúe a lo previsto en los apartados anteriores de esta declaración responsable, que se suscribe por duplicado.

En Donostia-San Sebastián, a  de  de

Fdo.: