

**PRAKTIKA EGINGO DUTEN IKASLEEK IZENPETU BEHARREKO AGIRIA/
DOCUMENTO A SUSCRIBIR POR EL ALUMNADO PARTICIPANTE EN LA PRÁCTICA**

D /D^aCON
DNI/NIF/NIE....., tiene la condición de personal en formación
"en régimen de alumno/a en el Centro” como:

- Alumno/a universitario/a de Grado de psicología
 Alumno/a universitario del Máster de Psicología general Sanitaria

Declara que,

1. Reconoce que los usuarios/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 usuarios/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, el 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 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 la Instrucción mediante la que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del usuario/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.

7. Por todo ello se compromete a que su conducta en el Centro se adecuó a lo previsto en los apartados anteriores de esta declaración responsable, que se suscribe por duplicado.

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

Firma del alumno/a

Ejemplar interesado/a

Ejemplar Centro Sanitario