**Datos personales:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre:** Haga clic aquí para escribir texto.  **Apellidos:** Haga clic aquí para escribir texto.  **Fecha de nacimiento:** Haga clic aquí para escribir texto.  **DNI:** Haga clic aquí para escribir texto. | Espacio para foto |

**Dirección:** Haga clic aquí para escribir texto.

**Localidad:** Haga clic aquí para escribir texto. **CP:** Haga clic aquí para escribir texto.

**Teléfono 1:**Haga clic aquí para escribir texto. **Teléfono 2:** Haga clic aquí para escribir texto.

**Correo electrónico:** Haga clic aquí para escribir texto.

**Datos académicos:**

**Titulación:** Haga clic aquí para escribir texto.

**Universidad en la que ha cursado sus estudios:** Haga clic aquí para escribir texto.

**Especialidad que cursa:** Haga clic aquí para escribir texto.

**Fecha de incorporación: 20/07/2021**

**Otros comentarios de interés:**

Haga clic aquí para escribir texto.

Murcia, a Haga clic aquí para escribir una fecha. .

Fdo.:Haga clic aquí para escribir texto.

**COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD**

D./D.ª Haga clic aquí para escribir texto., con D.N.I. Haga clic aquí para escribir texto., tiene la condición de personal en formación en régimen de residencia en la Unidad Docente acreditada del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia como residente de la Especialidad de Haga clic aquí para escribir texto. relacionada en el Anexo I del RD 183/2008 de 8 de febrero, con la titulación de Haga clic aquí para escribir texto. (Médico, Farmacéutico, Enfermero, Psicólogo, Biólogo, etc.).

**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. Comprometiéndose con ello a no facilitar a terceros las contraseñas o claves de acceso que le haya proporcionado el centro para su exclusivo uso personal.

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 el secreto profesional respecto a la información a la que acceda en el desarrollo de su actividad asistencial, 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 y a la asistencia sanitaria al paciente, o aquellas otras para las que fuera autorizado por la dirección del Centro.

5. Conoce y acepta el Protocolo mediante en que se determinan las pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los residentes de Ciencias de la Salud

6. Está enterado de que es el 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 adecúe a lo previsto en los apartados anteriores de esta declaración, que se suscribe por triplicado.

En Murcia a Haga clic aquí para escribir una fecha.

Fdo.: Haga clic aquí para escribir texto.

Ejemplar interesado Ejemplar Centro Sanitario Ejemplar Comisión de Docencia

**Documentación que entrega el residente en la secretaría de la Comisión de Docencia:**

|  |  |
| --- | --- |
| Fotografías tamaño carné |  |
| Fotocopia del DNI/NIE/Pasaporte |  |
| Credencial de Adjudicación de plaza |  |
| Título oficial o certificación supletoria |  |
| Certificado de Colegiación en la Región de Murcia |  |
| Certificado negativo de delitos sexuales |  |

**Otra documentación del residente:**

|  |  |
| --- | --- |
| Informe de aptitud en el reconocimiento médico-psicológico |  |
| Certificado de confidencialidad |  |
| Copia del contrato | En RRHH |