# 

**SOLICITUD DE TARJETA IDENTIFICATIVA Y FIRMA DE COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD**

**DATOS DE LA PERSONA INTERESADA**

Tipo documento (\*): Documento (\*): Nombre (\*):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Primer apellido (\*): Segundo apellido:

Teléfono fijo: Teléfono móvil: Correo electrónico:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Tipo de vía (\*): Nombre de vía (\*): Número (\*):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Bloque: Portal: Piso: Puerta: Complemento a la dirección:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

Localidad: País (\*):

Código postal (\*): Provincia (\*): Municipio (\*):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**MEDIO PREFERENTE O LUGAR A EFECTOS DE NOTIFICACIONES**

La notificación se hará de forma telemática mediante comparecencia en sede electrónica La notificación se hará por correo certificado

Tiene la condición de personal en formación en régimen de alumnado en el Centro Sanitario como: Alumno universitario de Grado:



ULPGC

Colocar el grado y año que cursa

de la Universidad de

 Estudiante universitario de post-grado/investigador: de la Universidad de

 Estudiantes de formación profesional de la familia sanitaria:

 Técnico de grado medio de: en el Instituto de FP de

 Técnico de grado superior de:

en el Instituto de FP de

 Residente de la Especialidad de

relacionado en el anexo I del RD 183/2008 de 8 de febrero con la titulación de

procedente del centro Sanitario  Residente de la especialidad de

en rotación procedente de Centro Sanitario

localizado en CCAA de

 Profesional sanitario extranjero en estancia formativa autorizada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (art. 8 del RD 459/2010 de 16 de abril en la especialidad de

procedente de (País)

 Profesional sanitario de la Unión Europea en periodo de ejercicio profesional en prácticas (art. 10 del RD 1837/2008 de 8 de noviembre) en la especialidad de

procedente de (País)

 Profesional sanitario extracomunitario en periodo de ejercicio profesional en prácticas o en periodo complementario de formación (art.

8 del RD 459/2010 de 16 de abril) en la especialidad de

Declaro 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, por lo que su acceso estará justificado por razones asistenciales, de urgencia o de salud pública, comprometiéndose 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 el que se determinan 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 responsable personal de acatar el deber de confidencialidad y de que su incumplimiento puede tener consecuencias penales, disciplinarias o incluso civiles.

**DOCUMENTACIÓN A APORTAR**

Denominación del documento No autorizo consulta (\*\*)

Documentación acreditativa de la identidad  Aceptación de rotación emitido por la CCAA de Canarias. 

**OTROS DOCUMENTOS A APORTAR**

Denominación del documento Aporta

Justificante de matrícula en la Universidad, instituto de FP. 

Otros (v.g. convenios, autorización, acuerdos con otras universidades…) 

Si residencia en España o Español Certificado expedido por el Ministerio de Justicia que acredite que el interesado no ha sido condenado por algún delito contra la libertad e intimidad sexual o autorizar consulta mediante la plataforma de Intermediación de datos.

En caso de extranjero Certificado original (con apostilla de La Haya) expedido por el país de origen que acredite que el interesado no ha sido condenado en su país por algún delito contra la libertad e indemnidad sexual, a los que se refiere el artículo 13.5 de la ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor.

*(\*\*) No autorizo a la CAC a recabar los datos relativos a los documentos seleccionados, que sean necesarios para la resolución de la presente solicitud, de acuerdo con lo establecido en el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas y por tanto, aporto dichos documentos a la solicitud.*

Declaración responsable: La persona abajo firmante, en su propio nombre, declara que todos los datos consignados son veraces, comprometiéndose a probar documentalmente los mismos, cuando se le requiera para ello

En

Firma

En cumplimiento de los dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), la Administración de la Comunidad Autónoma de Canarias le informa que los datos personales recabados a través del presente formulario, así como los generados en el transcurso de la relación administrativa, serán incorporados a un fichero de su titularidad, cuya finalidad es el tratamiento de los expedientes administrativos. Si, entre la información que usted facilita, figuran datos de terceros, usted asume el compromiso de informarles de los extremos señalados en el párrafo anterior. Usted puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición enviando por correo o presentando presencialmente dicha solicitud a la Oficina de la Dirección General de Recursos Humanos del Servicio Canario de la Salud.