



ANEXO IV. DECLARACIÓN RESPONSABLE SOBRE CONFIDENCIALIDADE DE DATOS MÉDICOS

D./D.^a, co DNI número en
nome e representación de, co NIF, co
fin de colaborar co Instituto Nacional da Seguridade Social na prestación de asistencia
sanitaria de Seguro Escolar, DECLARA baixo a súa responsabilidade:

- Que reconece que os pacientes teñen dereito ao respecto da súa personalidade, dignidade humana e intimidade e á confidencialidade de toda a información relacionada co seu proceso.
- Que os pacientes teñen dereito a que se respecte o carácter confidencial dos datos referentes á súa saúde, e a que ninguén poida acceder a eles sen autorización previa.
- Que todo o persoal do centro estará suxeito ao deber de confidencialidade. De acordo co artigo 5 da Lei orgánica 3/2018, do 5 de decembro, de protección de datos persoais e garantía dos dereitos dixitais.
- Que non procede transferir, duplicar ou reproducir toda ou parte da información á que teña acceso con motivo da súa actividade no centro. Non poderá utilizar os datos proporcionados por este para finalidades distintas á formación e á asistencia sanitaria ao paciente, ou aqueloutras para as que fose autorizado pola dirección do centro.

....., de de

Asdo.

Sin.: