



ANNEX IV. DECLARACIÓ RESPONSABLE SOBRE CONFIDENCIALITAT DE DADES MÈDIQUES

El Sr. / La Sra., amb DNI
número....., en nom i representació de
....., amb NIF, a fi de col·laborar amb
l'Institut Nacional de la Seguretat Social en la prestació d'assistència sanitària
d'assegurança escolar, DECLARA sota la seua responsabilitat:

— Que reconeix que els pacients tenen dret al respecte de la seua personalitat, dignitat humana i intimitat i a la confidencialitat de tota la informació relacionada amb el seu procés.

— Que els pacients tenen dret al respecte del caràcter confidencial de les dades referents a la seua salut i que no puga ningú consultar-les sense autorització prèvia.

— Que tot el personal del centre està sotmés al deure de confidencialitat. D'acord amb l'article 5 de la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals.

— Que no és procedent transferir, duplicar o reproduir tota la informació, o una part, a la qual tinga accés amb motiu de la seua activitat en el centre, i no pot usar les dades proporcionades pel centre per a finalitats diferents de la formació i de l'assistència sanitària al pacient, o les altres per a les quals siga autoritzat per la direcció del centre.

....., el, de/d'.....de.....

Signat: