



## **ANEXO XXXIX. DECLARACIÓN RESPONSABLE SOBRE CONFIDENCIALIDAD DE DATOS MÉDICOS**

D./Dña ..... , con DNI número..... en nombre y representación de ..... , con N.LF. .... al objeto de colaborar con el Instituto Nacional de la Seguridad Social en la prestación de asistencia sanitaria de Seguro Escolar,

**DECLARA bajo su responsabilidad:**

**-Que 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.**

**-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.**

**-Que todo el personal del centro estará sujeto al deber de confidencialidad. De acuerdo con el artículo 5 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.**

**-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.**

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

**Fdo:**