

ANEXO 6.2

MODELO DE DOCUMENTO DE GARANTÍA DE CONFIDENCIALIDAD DEL PERSONAL DE APOYO ADMINISTRATIVO

D./Dña (nombre, apellidos)....., con DNI

Ha sido informado/a de que todas las tareas que se realizan en el Servicio Médico/Unidad de Vigilancia de la Salud/Medicina del Trabajo de -----, incluyendo las tareas del personal de apoyo administrativo, están amparadas por el Secreto Médico Profesional y la legislación vigente sobre Confidencialidad de Datos Médicos Personales, por lo que tengo el deber de sigilo profesional y de guardar la confidencialidad de cualquier dato sanitario al que haya podido acceder en el cumplimiento de las tareas de apoyo administrativo que desempeño. He sido informado/a de que cualquier incumplimiento sobre la confidencialidad de la información sanitaria y del secreto profesional sanitario compartido por el desempeño de mis funciones puede ser causa de delito tipificado en la legislación vigente.

..... de De 20....

Firma: