

CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN I.E.S. ISABEL DE CASTILLA

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD DESTINADO A ALUMNOS

D/Dña					. con [ONI/NIF/NIE.		
tiene la condición	-		_					
profesional de	la	familia	sanitaria	en	el	CFGM	/	CFGS
Declara que,	••••••	•••••	•••••			durante ei ci	urso 20.	/ 20
1. Reconoce que lo intimidad y a la conf	•		·		•		nidad l	numana e
2. También reconoc datos referentes a s				•	•			cial de los
3. De acuerdo con l Garantía de los Dei información a la que cuidado y confidence su periodo formativ	r echos Digita e acceda en e cialidad en el	l es , recond el desarroll manejo y d	oce que tiene o de su activi custodia de cu	el debe dad, com	r de ma nprome	antener secr tiéndose a p	eto res _l restar e	pecto a la el máximo
4. Reconoce que no tenga acceso con m por el mismo para f por la dirección del	otivo de su a inalidades di	ictividad ei	n el Centro, n	o pudien	ido utili	zar los datos	propo	rcionados
5. Conoce y acepta e proteger el derecho				-				-
6. Está enterado de incumplimiento pue		-					idad y (de que su
Por todo ello se cor apartados anteriore	•	•				se adecue a	lo previ	sto en los
E	En,		a	, de		de		
	Fdo.:							