



## DOCUMENTO DE COMPROMISO/CONFIDENCIALIDAD/SEGURIDAD SANITARIA COMO ALUMNO EN PRÁCTICAS

D./D.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, con  
N.I.F.número \_\_\_\_\_ y domicilio en:  
calle \_\_\_\_\_ número \_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_,  
Localidad \_\_\_\_\_, Provincia \_\_\_\_\_,  
alumno/a de la Facultad de Medicina, Máster Universitario en Fisioterapia Neurológica  
del Niño y el Adulto

### DECLARA:

Su aceptación de realizar las Prácticas Clínicas en el centro que se le asigna.

### SE COMPROMETE:

- 1.- A respetar el sistema organizativo del centro receptor donde va a realizar las prácticas y en particular a su tutor, siguiendo las instrucciones que reciba de éste.
- 2.- A tratar toda la información que reciba y a la que tenga acceso durante el desarrollo de las prácticas como privada y confidencial y adoptar las medidas precisas para mantenerla como tal; así como a mantener el secreto profesional.
- 3.- A no revelar a terceros, ajenos al desarrollo de las prácticas, cualquier información suministrada o a la que haya tenido acceso, no pudiéndola utilizar para cualquier otro propósito salvo que obtenga del centro receptor la oportuna autorización.
- 4.- No acudir al centro y avisar ante cualquier síntoma compatible con COVID-19.
- 5.- A asumir las responsabilidades derivadas del incumplimiento de los compromisos anteriores.

En prueba de conformidad firmo el presente documento en

Murcia, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_

Firma del alumno