

Buenos Aires, 5 de 08 de 2024

El/la que suscribe, GARCIA AGUSTINA (apellido y nombre) en carácter de

..... (cargo) del Establecimiento (nombre del establecimiento)
~~declara bajo juramento conocer que la información contenida en la Historia de Salud Integrada~~
~~HSI es confidencial y que no debe ser utilizada para fines ajenos a los que se creó, ni~~
~~compartida con terceros, ni publicada en medios de comunicación, ni utilizada para~~
~~propósitos de marketing, ni para fines de investigación, ni para fines de~~
~~comercio, ni para fines de cualquier otro tipo, salvo en los casos en que la ley lo~~
~~exija expresamente.~~

25.326 protección de los Datos Personales

Por lo antes expuesto asumo las siguientes responsabilidades:

- Guardar la máxima reserva y secreto sobre la información personal a que acceda en virtud de las funciones encomendadas.
- Utilizar los datos de carácter personal a los que tenga acceso, única y exclusivamente para cumplir con mis obligaciones.
- No ceder a terceros las claves personales de acceso al sistema • No ceder en ningún caso a terceras personas los datos de carácter personal a los que tenga acceso, ni siquiera a efectos de su conservación.

- Solicitar la baja de mi usuario al Administrador institucional del establecimiento, cuando se discontinúan las funciones asignadas dentro del establecimiento.

Por la naturaleza de las leyes involucradas, dichos compromisos subsistirán inclusive tras la baja de usuarios que pudiera existir, extendiéndose a no conservar en mi poder copia alguna de los datos a los que hubiere accedido en función de mis tareas.

En este sentido, asumo en forma personal y exclusiva la responsabilidad por los daños que el incumplimiento del presente pudiera ocasionar.

Firma:

Aclaración:

Garcia Agustina

Nº de matrícula:

157426

Teléfono de contacto:

2216185568.

E-mail:

AGUS226uafones@gmail.com

Firma y Aclaración del Administrador Institucional

Jonathan CRISTIAN JONAS