Yo, NOMBRE-APELLIDO1-APELLIDO2,

con DNI/Pasaporte nº 000000000 A, Seleccione

Alumno/Empleado de la Empresa/Universidad-Facultad-Centro, visitante temporal del CIMA con motivo

Seleccione

DESCRIBIR EL MOTIVO,

declaro expresa y formalmente conocer:

Guardar secreto de toda información, de cualquier tipo o naturaleza, referente a la FUNDACION PARA LA INVESTIGACION MEDICA APLICADA o a las Empresas o Entidades con las que contrate investigación la FUNDACION PARA LA INVESTIGACION MEDICA APLICADA, de la que tenga conocimiento como consecuencia de las relaciones directas o indirectas.

No podrá sacar de la FUNDACION PARA LA INVESTIGACION MEDICA APLICADA ningún tipo de dato, fórmulas, esquemas, documentos, o material de cualquier otra clase o naturaleza a los que tuviera acceso por cualquier motivo, fuera del estricto ámbito de la FUNDACION PARA LA INVESTIGACION MEDICA APLICADA y para distintos fines de los que motivaron su conocimiento o entrega, salvo autorización expresa y por escrito de la Dirección de la FUNDACION PARA LA INVESTIGACION MEDICA APLICADA o de quien haga sus veces. Tampoco podrá revelar a extraños a la FUNDACION PARA LA INVESTIGACION MEDICA APLICADA datos de reserva obligada, a excepción de ser autorizado en la forma descrita en el párrafo anterior.

Este compromiso de confidencialidad tendrá una duración ilimitada. Es decir, no solo por el periodo de permanencia en la FUNDACION PARA LA INVESTIGACION MEDICA APLICADA, sino también con posterioridad, para después de finalizado su estancia. El compromiso cesará exclusivamente, cuando la información sobre la que deba mantenerse secreto alcance publica notoriedad por voluntad propia de la FUNDACION PARA LA INVESTIGACION MEDICA APLICADA.

Con la obligación de adoptar todas las medidas de seguridad necesarias y exigidas y el compromiso de cumplir las normas generales establecidas por LA FUNDACION PARA LA INVESTIGACION MEDICA APLICADA, se le hace entrega de la siguiente documentación:

- Normas básicas de actuación en caso de emergencia.
- Instrucciones simulacro.

Presto mi consentimiento expreso, informado e inequívoco para que mis datos personales sean tratados por los servicios de Orden y Seguridad de la Universidad de Navarra y del CIMA para la expedición de la tarjeta de acceso si procediera y controles.

Y en prueba de mi conformidad con los términos declarados, y recibí de los documentos indicados anteriormente, firmo el presente documento, en Pamplona, a de de 20 .

.....
(Nombre, Apellidos y firma)