



## CLAUSOLA DI RISERVATEZZA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

### DICHIARA

- di impegnarsi a mantenere il più stretto riserbo su tutte le informazioni e i dati (personali, economici, sensibili ecc) di cui verrà a conoscenza in qualunque formato durante l'espletamento della propria attività presso il Policlinico Universitario Campus Bio-Medico secondo quanto previsto dal Codice in Materia di Protezione dei Dati Personali (DLgs 196/2003);
- di impegnarsi a utilizzare le informazioni e i dati di cui sopra soltanto in relazione e nell'ambito delle istruzioni e degli incarichi operativi affidatigli all'interno del Policlinico Universitario Campus Bio-Medico e ad adottare tutte le misure necessarie affinché nessuna delle suddette informazioni venga divulgata a terze persone;
- di impegnarsi a rispettare e ad applicare scrupolosamente quanto previsto dalle procedure interne del Policlinico Universitario Campus Bio-Medico in materia di sicurezza dei dati e delle informazioni di cui verrà a conoscenza;
- di impegnarsi a richiedere indicazioni alla Direzione Generale ogni qualvolta nutra dubbi sulla riservatezza o sulla segretezza delle informazioni trattate e sui comportamenti da tenere all'interno del Policlinico Universitario Campus Bio-Medico in materia di *privacy*;
- di impegnarsi a mantenere il vincolo di riservatezza anche dopo la conclusione della collaborazione con il Policlinico Universitario Campus Bio-Medico.

Roma \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_