**FORMATO DE CONFIDENCIALIDAD PARA ESTUDIANTES.**

Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

YO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IDENTIFICADA CON \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Estudiante de la facultad de medicina, de \_\_\_\_\_\_ semestre y con código estudiantil numero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_: en mi calidad de estudiante estoy desarrollando un proyecto de investigación titulado XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.

Me comprometo conscientemente a partir de la fecha de firma del actual documento a:

1. No revelar la información que he leído, visto, oído, entendido de las bases de datos y del presente trabajo de investigación a ninguna persona, excepto lo expresado por la ley.
2. Utilizar la información únicamente para los fines de la presente investigación.
3. Que los datos personales que puedan ser obtenidos en el transcurso de la investigación se manejarán de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
4. No utilizar la información obtenida, sino para los fines con los cuales se desarrolla la investigación anteriormente mencionada.
5. Toda la información obtenida de historias clínicas o del trabajo directo con personas, se mantendrá bajo la más estricta reserva y secreto profesional, basado en la ley 23 de 1981 de ética médica.
6. Cumplir con todo lo anteriormente mencionado aun después de la terminación del proyecto o trabajo de investigación.

Entiendo que si incumplo lo anteriormente mencionado, se me aplicarán las sanciones de acuerdo al reglamento estudiantil de la Universidad Antonio Nariño y las demás leyes correspondientes a propiedad intelectual y las consecuencias legales correspondientes.

En constancia firma

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Documento de identidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_