



**COMPROMISO COMO ALUMNO/A DE PRÁCTICAS TUTELADAS**

**DATOS DEL ESTUDIANTE**

Apellidos: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

**DECLARA**

1. Que acepta realizar las Prácticas Tuteladas en la Oficina de Farmacia \_\_\_\_\_ y en el grupo \_\_\_\_ de rotación del Servicio de Farmacia Hospitalaria \_\_\_\_\_ asignados.
2. Que ha sido informado y que conoce la Normativa que rige las Prácticas Tuteladas, así como sus obligaciones como alumno/a, asumiendo que el incumplimiento de las mismas podría implicar la suspensión directa de las Prácticas Tuteladas.

**SE COMPROMETE**

1. A respetar el sistema organizativo del centro receptor donde va a realizar las Prácticas Tuteladas y en particular a su Farmacéutico/a Tutor/a, 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 Tuteladas, 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 Tuteladas, 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. A asumir las responsabilidades derivadas del incumplimiento de los compromisos anteriores.

En prueba de conformidad firmo el presente documento en Albacete, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

Firma del alumno/a: \_\_\_\_\_