**COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD**

El presente instrumento es un Compromiso de Confidencialidad que asumen los miembros del equipo investigador o los pasantes de la **FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ESTE.**

En lo concerniente a la confidencialidad, LOS MIEMBROS DEL EQUIPO INVESTIGADOR/PASANTES se comprometen a que cualquier información intercambiada entre ellos, así como la que desarrollen de forma conjunta durante la ejecución del proyecto o la pasantía, será mantenida como confidencial, reservada o secreta, y no podrá divulgarse o revelarse total o parcialmente, en ningún medio conocido o por conocer, según las siguientes condiciones: A) LOS MIEMBROS DEL EQUIPO INVESTIGADOR/PASANTES receptores de la información la mantendrán confidencial, y se abstendrán de revelarla a terceras personas, en beneficio propio, ajeno o sin beneficio alguno, sin el consentimiento previo de la FACISA-UNE. B) La obligación de confidencialidad se hará extensiva a todos aquellos desarrollos o hallazgos que se produzcan como consecuencia del uso de la información intercambiada en el proyecto o la pasantía. C) LOS MIEMBROS DEL EQUIPO INVESTIGADOR/PASANTES se comprometen a adoptar todas las medidas de seguridad razonables de acuerdo con la naturaleza de la información manejada, para garantizar la confidencialidad, secreto y reserva de la misma.

Igualmente, LOSMIEMBROS DEL EQUIPO INVESTIGADOR/PASANTES se obligan a no utilizar ninguna información obtenida en virtud del proyecto o la pasantía para propósitos y actividades diferentes al desarrollo de los mismos, en beneficio propio o de terceros.

Se entiende por confidencialidad, reserva y/o secreto, a no divulgar ni difundir por cualquier medio, conocido o por conocer, todo lo relacionado con las actividades que se desarrollen en la ejecución de los trabajos conjuntos o de sus resultados, a terceros ajenos al personal que directa o indirectamente esté vinculado a dicha actividad, sin consulta y acuerdo previo y escrito de la FACISA-UNE. LOS MIEMBROS DEL EQUIPO INVESTIGADOR/ PASANTES aceptan que la obligación de confidencialidad, secreto y/o reserva durará mientras la información conserve el carácter de confidencial, secreto y/o reservado.

Se suscribe el presente compromiso el día …. de …. del año dos mil ………, en la sede de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Este, en la Ciudad de Minga Guazú.

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° de documento de identidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_