

**COMPROMISO DE CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA DE  
PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.**

**SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD DE EXTREMADURA  
-SICADEX-**

**PROFESIONAL QUE SUSCRIBE EL COMPROMISO.**

<b>NOMBRE Y APELLIDOS</b>	
<b>N.I.F.</b>	
<b>PUESTO DE TRABAJO</b>	
<b>CENTRO DE TRABAJO</b>	
<b>FINALIDAD DEL ACCESO</b>	
<b>INFORMACIÓN A LA QUE SE PRECISA ACCEDER</b>	
<b>ORGANISMO / ENTIDAD DE LA ADMÓN. PÚBLICA</b>	

**DECLARA**

- Que de conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, en el caso de que las funciones que desarrolle o los trabajos que realice conlleven su alta como profesional usuaria/o de la aplicación SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD DE EXTREMADURA (**SICADEX**), adquiere el compromiso de utilizar las transacciones con los fines exclusivos de gestión para los que sea autorizada/o y está obligada/o a guardar secreto profesional sobre los datos que tenga conocimiento, siendo responsable de todos los accesos que se realicen a los ficheros automáticos mediante su contraseña personal y el código de acceso facilitado.
- Que tiene conocimiento de que el incumplimiento de las obligaciones indicadas, el acceso a la información por persona usuaria no autorizada, la asignación del proceso o transacciones no necesarias para la función encomendada y la falta de custodia o secreto de la identificación personal de acceso, dará lugar a la exigencia de responsabilidades administrativas, según consta en la citada Ley, así como a responsabilidades de cualquier otra naturaleza, incluso penales.

En \_\_\_\_\_, a fecha de firma electrónica.

**REMITIR EL FORMULARIO FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE A:  
usuarios.sicadex@salud-juntaex.es**