

 <p>Servicio Andaluz de Salud CONSEJERÍA DE SALUD</p>	
	COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECÁRDENAS
	Formulario de Acceso Externo a PACS

Tipo de petición	<input type="checkbox"/> ALTA	<input type="checkbox"/> BAJA	<input type="checkbox"/> MODIFICACIÓN
Fecha de Solicitud:	___/___/_____	Fecha efectiva:	___/___/_____
Responsable/Servicio:			
Teléfono:			
Nombre solicitante:			
1er. Apellido:			
2º Apellido:			
NIF (incluir letra):	Categoría:	Servicio:	
Login: (En caso de baja):			
Centro de trabajo:			
Email:			
IP del equipo:			
Perfil:			
Observaciones:			

Mediante el presente documento, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 10 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de los datos de carácter personal y dado que para el desempeño de sus funciones es preciso darle de alta como usuario de las aplicaciones informáticas indicadas, Vd. se compromete a utilizar la información a la que accede con el fin exclusivo de gestión para el que se le autoriza, a guardar el debido secreto profesional sobre la información de la que tenga conocimiento, incluso después de haber finalizado su prestación de servicios en el Servicio indicado, siendo responsable del acceso que se realice a través de los códigos de acceso facilitados.

El incumplimiento de las obligaciones mencionadas anteriormente, el acceso a la información para la que no está Vd. autorizado y la falta de custodia o secreto de la identificación personal de acceso, dará lugar a la exigencia de responsabilidades disciplinarias y administrativas, en concreto las establecidas en el Título VII de la Ley Orgánica 15/1999 de 13-12, así como a responsabilidades de cualquier otra naturaleza, incluso penales.

VºBº Resp. Servicio: _____

Firma Solicitante: _____

(Es necesario firmar el documento para que tenga validez.)

Una vez cumplimentado el presente formulario remitir a **Wifi_cht.hto.sspa@juntadeandalucia.es**