

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

La Dirección General de Salud Pública del Departamento de Sanidad ostenta la cualidad de Corresponsables de la Actividad de Tratamiento "Registro de vacunaciones en Historia Clínica Electrónica para centros de vacunación privados", la cual contiene datos de carácter personal de categoría especial tal como consta en el Registro de Actividades de Tratamiento, de acuerdo a la legislación vigente de protección de datos de carácter personal:

<https://infoprivados.salud.aragon.es/>

Conforme a las exigencias contenidas en la legislación en materia de protección de datos de carácter personal, Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos de Personales y Garantía de los Derechos Digitales, es preceptiva la celebración de un convenio regulador del acceso a datos de carácter personal para su tratamiento posterior por los responsables del programa de vacunaciones de cada centro sanitario, no constituyendo este supuesto comunicación de datos conforme a la citada Ley.

De acuerdo a la exigencia establecida en el punto anterior, en virtud del artículo 5º y de la disposición final 1ª de la Orden SAN/178/2023, de 17 de febrero, por la que se aprueba el calendario sistemático de vacunación en todas las edades de la vida en Aragón y las recomendaciones de vacunación en grupos de riesgo y circunstancias especiales; y gracias al desarrollo del Sistema de Registro de Vacunaciones para Centros Privados para permitir el acceso al registro y consulta en Historia Clínica Electrónica de la administración de vacunaciones, el firmante declara que realiza actividades que requieren la conexión con este sistema de registro obteniendo por ello la condición de encargado de tratamiento de los datos personales cuya corresponsabilidad es de la D.G. de Salud Pública del Departamento de Sanidad, del Gobierno de Aragón, exigiéndosele por ello las siguientes

OBLIGACIONES

- 1.- El abajo firmante se compromete a tratar dichos datos personales observando los principios exigibles por la legislación en materia de protección de datos, en particular los relativos a la calidad y seguridad de los datos y al deber de secreto.
- 2.- El firmante se compromete a tratar dichos datos conforme a las concretas instrucciones recibidas del Departamento de Sanidad, no aplicando o utilizando dichos datos con finalidades distintas a las especificadas. **SOLAMENTE QUEDA AUTORIZADO PARA EL ACCESO RELACIONADO A SUS FUNCIONES.**
- 3.- El firmante se compromete a observar el secreto profesional respecto de los datos personales objeto de tratamiento, manteniendo absoluta confidencialidad y reserva sobre cualquier dato que pudiera conocer con ocasión del cumplimiento de los servicios prestados, no comunicando a ningún tercero, ni siquiera para su conservación, los datos facilitados por el Departamento, como Corresponsables de la Actividad de Tratamiento. Esta obligación subsistirá aun después de finalizar sus relaciones con dicho Corresponsable.
- 4.- En el supuesto de que el firmante, destine los datos a finalidad distinta de la estipulada, los comunique o utilice incumpliendo las instrucciones fijadas en el presente contrato, será considerado también Responsable del tratamiento, respondiendo de las infracciones en que hubiera incurrido.
- 5.- Como encargado del tratamiento, el firmante se compromete a la observancia de las medidas de seguridad correspondientes al tratamiento de los datos personales a los que tiene acceso, de acuerdo al nivel de protección que corresponda a los datos facilitados establecido en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.
- 6.- El firmante se compromete a, una vez cumplida la prestación asociada al acuerdo, devolver al Departamento de Sanidad los datos objeto de tratamiento, soportes o documentos en que estos consten, así como a destruir aquellos según las instrucciones de los corresponsables de tratamiento.
- 7.- El firmante se compromete a, una vez cumplida la prestación asociada al acuerdo, informar al Departamento de Sanidad para que procedan a eliminar cualquier posibilidad de acceso a los datos por parte del mismo Y **COMUNICAR LA BAJA EN EL PUESTO DE TRABAJO.**

En prueba de conformidad, se suscribe el presente documento

Fdo.:

DNI:

Correo electrónico:

Centro sanitario privado:

Fecha: