



Nome: _____

Cargo/função: _____ N° Funcional: _____

Conselho de Classe/Matrícula (se aplicável): _____

CPF: _____ RG: _____

e-mail: _____ Telefone: (____) _____

Nome da Instituição/Laboratório: _____

Por este termo, abaixo firmado, assumo o compromisso de manter confidencialidade sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao Sistema Gerenciador e Ambiente Laboratorial (GAL):

- a) Atender às diretrizes estabelecidas pelo Laboratório Central de Saúde Pública do Espírito Santo (LACEN/ES) na utilização do GAL;
- b) Tratar com estrita confidencialidade toda informação, documentada ou não, recebida por mim no desempenho de minhas funções, e não divulgar as informações fornecidas pelo LACEN/ES a qualquer pessoa ou organização, e em momento algum, usar estas informações para obter vantagens pessoais;
- c) Manter toda a documentação disponibilizada pelo GAL de forma segura;
- d) Não produzir cópias e ainda transferir para parte não autorizada ou a terceiros, e ainda quaisquer documentos extraídos do GAL e/ou informações confidenciais do LACEN/ES sem autorização superior;
- e) Não agir de maneira prejudicial à imagem ou aos interesses do LACEN/ES;
- f) Zelar pela senha recebida para utilizar o sistema GAL e responsabilizo-me pelo uso da mesma;
- g) Cooperar com os procedimentos de investigação na eventualidade de qualquer desvio dos requisitos estabelecidos neste documento.

Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade, fico ciente de todas as sanções administrativas e/ou judiciais que poderão advir a qualquer tempo, devendo ser observado o dever de manter sigilo absoluto quanto aos dados e informações contidas no GAL, utilizando-os exclusivamente para o propósito das atividades relacionadas ao bom andamento das finalidades precípua do LACEN/ES.

Data, ____ de ____ de ____.

Carimbo e Assinatura