

Dans le cadre du respect des dispositions légales et réglementaires en vigueur en matière de protection du secret médical et des informations sensibles, je soussigné(e) :

Monsieur/Madame.....

Représentant de l'organisme

Je m'engage à respecter la confidentialité de toutes les informations recueillies ou produites dans le cadre de ma mission au sein du Laboratoire d'analyses médicales Dr Noomen Batita.

Je m'engage en particulier à :

- Ne pas utiliser les données auxquelles je peux accéder à des fins autres que celles prévues par mes attributions.
- Ne divulguer ces données qu'aux personnes dûment autorisées, en raison de leurs fonctions, à en recevoir communication, qu'il s'agisse de personnes privées, publiques, physiques ou morales.
- Ne faire aucune copie de ces données sauf à ce que cela soit nécessaire à l'exécution de mes fonctions.

Fait à GABES, le

**Lu et approuvé
Signature**