

República de Panamá  
Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud  
Sección de Capacitación

FORMULARIO DE CONFIDENCIALIDAD PARA PASANTES

Por este medio yo: \_\_\_\_\_  
con cédula / pasaporte N°: \_\_\_\_\_ que actualmente  
pertenezco a Institución / Organización / Universidad: \_\_\_\_\_,  
como (estudiante de, profesional de) \_\_\_\_\_ manifiesto  
que en mi condición de pasante hago constar que:

1. Me comprometo a guardar completa y absoluta discreción acerca de los datos e informaciones conocidas o manejadas por mi persona durante mi pasantía realizada.
2. De igual manera, me comprometo a **No** fotografiar, fotocopiar, difundir ningún tipo de datos contenidos sin la previa autorización del responsable del Departamento / Sección, Área / Unidad / Dirección / Jefe del Proyecto, durante mi estancia en esta prestigiosa empresa.

Pasantía realizada en el Departamento/Sección/Área/Unidad/Dirección:  
\_\_\_\_\_

3. Del mismo modo declaro que conozco y soy consciente de que el no cumplimiento de estas disposiciones podría implicar en su caso, incumplimiento de requisitos legales de la Institución.

Firma del Pasante: \_\_\_\_\_ Cedula: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

PARA USO DE LA SECCIÓN DE CAPACITACIÓN

Nombre del Jefe del Departamento/Sección/Área/Unidad/Dirección:  
\_\_\_\_\_

Nombre del Tutor: \_\_\_\_\_

Firma del Tutor del Pasante \_\_\_\_\_

Firma del Jefe de la Sección de Capacitación \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_