



**PROCEDIMIENTO PARA LA AUTORIZACIÓN Y EL REGISTRO DE TRABAJOS
DOCENTES**

ÍNDICE

- 1. OBJETO**
- 2. ALCANCE**
- 3. DESCRIPCIÓN**
- 4. NOTAS ACLARATORIAS**
- 5. VERSIONES Y REVISIONES**
- 6. GRUPO ELABORADOR**

ANEXO I - Solicitud para la realización de trabajos docentes

ANEXO II - Compromiso de confidencialidad y secreto profesional

**ANEXO III – Circuito de solicitud, autorización, registro y seguimiento de
trabajos docentes**

1. OBJETO:

Normalizar la autorización y registro de trabajos con finalidad docente en el contexto de estudios oficiales reglados (1), así como adecuar a la normativa vigente los procedimientos a realizar.

2. ALCANCE:

Este procedimiento afecta a los trabajos docentes a realizar en el Departamento de Salud Valencia La Fe.

Incluye trabajos de fin de grado, fin de master, tesis y otros trabajos en el contexto de actividades docentes regladas.

3. DESCRIPCIÓN:

3.1 Condiciones:

- Todos los trabajos deben ser dirigidos o co-dirigidos por personal del Departamento de Salud Valencia La Fe.
- El director o co-director interno del trabajo será responsable de la tutela del trabajo (2).
- Se requerirá la aprobación de la actividad por los responsables de los Servicios o Áreas implicadas. En el caso de ser la misma persona, se solicitará la aprobación de la Dirección del Departamento de Salud, que podrá delegarse en quien corresponda.
- La solicitud de autorización y registro se presentará en el Área de Docencia, con el formulario específico (Anexo I), junto con el documento de Compromiso de Confidencialidad y Secreto Profesional (Anexo II)
- Todos los estudios que se realicen con pacientes, voluntarios o profesionales deberán ser evaluados y aprobados por el CEIm (3).

3.2 Registro y autorización de los trabajos:

El Área de Docencia, Médica o Enfermera según corresponda, registrará las solicitudes, conforme a Anexo I, y comunicará, por correo interno, la autorización del trabajo al tutor interno o, en su caso, las deficiencias a subsanar.

En el caso de que la duración del trabajo supere la anualidad o el curso académico, el tutor informará por escrito sobre el estado del estudio al Área de Docencia. Así mismo, comunicará la interrupción o cese del proyecto docente.

3.3 Memoria anual de trabajos docentes:

Desde el Área de Docencia se realizará un seguimiento anual hasta la finalización del trabajo.


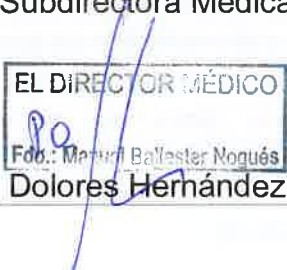

La actividad realizada se revisará y se incorporará a la memoria docente del Centro.

4. NOTAS ACLARATORIAS:

1. Trabajos Fin de Grado (TFG), Trabajos Fin de Master (TFM) y Tesis Doctorales (TD).
2. La tutela implica: la vigilancia del desarrollo del trabajo; la gestión de la solicitud de credenciales de acceso a los sistemas de información, preferiblemente restringido a visualización; el compromiso de confidencialidad de protección datos y secreto profesional; cumplimiento de las normas del centro.
3. Ver los requisitos en el enlace <https://www.iislafe.es/es/el-iis-la-fe/organos-de-gobierno/comites-eticos/comite-etica-investigacion-medicamentos-ceim>

5. VERSIONES Y REVISIONES

VERSIÓN	FECHA	OBSERVACIONES

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Subdirectora Enfermera	Subdirectora Médica	Director de Docencia
 Mª Salud Girbés	 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">EL DIRECTOR MÉDICO</div> Fdo.: Manuel Bañaster Nogués Dolores Hernández	 Jose Andrés Román

ANEXO I. SOLICITUD AUTORIZACIÓN TRABAJOS DOCENTES

D/Da.: _____, del Servicio de
_____, solicita AUTORIZACIÓN para D/Da _____
con DNI _____, dir. electrónica _____,
que va a realizar en este Departamento el trabajo docente (TFG, TFM, tesis, ...) ,
durante el periodo _____ - _____.

Esta solicitud cuenta con la aprobación del Director/a Área o Jefa/e de Servicio:

Nombre y apellidos:

INFORMACIÓN REQUERIDA:

Universidad: _____

Director y filiación: _____

Co-director y filiación: _____

Título del trabajo: _____

Tipo de trabajo (indicar TFG, TFM, tesis, otros ...)

Revisión	casos			
	bibliográfica			
Experimental	Observacional			
	Intervención		Medicamentos	
			Productos sanitarios	
			Otros	
Análisis	Recursos			
	Procedimientos			
Otros				

Señalar lo que proceda (x)

Autorizaciones	Necesaria	Solicitada	Concedida
CEIm			
AEMPS			
Otros			

Señalar lo que proceda (x)

Acceso a SSII	SI	NO
Necesario		
Solicitado		

Señalar lo que proceda (x)

Fecha de solicitud autorización: _____ **Fecha prevista fin de trabajo:** _____.

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD DESTINADO A ALUMNOS

D/D^a, con

D.N.I./NIE/NIF: tiene la condición de personal en formación en régimen de alumnado en el Centro Sanitario **HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE** como:

1. Alumno universitario de Grado:

- | | | | |
|--|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Medicina | <input type="checkbox"/> Farmacia | <input type="checkbox"/> Odontología | <input type="checkbox"/> Enfermería |
| <input type="checkbox"/> Fisioterapia | <input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional | <input type="checkbox"/> Logopedia | <input type="checkbox"/> Podología |
| <input type="checkbox"/> Óptica-optometría | <input type="checkbox"/> Dietista-nutricionista | <input type="checkbox"/> Otros titulados universitarios (indique cual): | |

2. Estudiantes universitarios de post-grado/investigadores:

- | | | | |
|---------------------------------|------------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Máster | <input type="checkbox"/> Doctorado | <input type="checkbox"/> Título propio | <input type="checkbox"/> Investigador |
|---------------------------------|------------------------------------|--|---------------------------------------|

3. Estudiantes de formación profesional de la familia sanitaria:

- ☐ Técnico de grado medio en:
- ☐ Técnico de grado superior en:

Declara que,

1. Reconoce que los pacientes tienen derecho al respeto de su personalidad, dignidad humana e intimidad y a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso.
2. También reconoce que los pacientes tienen derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización. Comprometiéndose con ello a no facilitar a terceros las contraseñas o claves de acceso que le haya proporcionado el centro para su exclusivo uso personal.
3. De acuerdo con el artículo 5.f del Reglamento EU 2016/679 General de Protección de datos, y el artículo 5 de la Ley Orgánica 3/2018 De protección de datos y garantía de los derechos digitales, reconoce que tiene el deber de mantener el secreto profesional respecto a la información a la que acceda en el desarrollo de su actividad asistencial, comprometiéndose a prestar el máximo cuidado y confidencialidad en el manejo y custodia de cualquier información/documentación durante su periodo formativo y una vez concluido el mismo.
4. Reconoce que no procede transferir, duplicar o reproducir todo o parte de la información a la que tenga acceso con motivo de su actividad en el Centro, no pudiendo utilizar los datos proporcionados por el mismo para finalidades distintas a la formación y a la asistencia sanitaria al paciente, o aquellas otras para las que fuera autorizado por la dirección del Centro.
5. Conoce y acepta el Protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los residentes de Ciencias de la Salud.
6. Está enterado de que es responsable personal de acatar el deber de confidencialidad y de que su incumplimiento puede tener consecuencias penales, disciplinarias o incluso civiles.

Por todo ello se compromete a que su conducta en el Centro Sanitario se adecue a lo previsto en los apartados anteriores de esta declaración responsable.

En Valencia, a de de 20...

Fdo.:

ANEXO III. CIRCUITO DE SOLICITUD, AUTORIZACIÓN, REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE TRABAJOS DOCENTES

