

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y DEBER DE SECRETO Resol 1165/19 CD

.....(nombre y apellido completo)DNI,
con domicilio ende la ciudad de por
el presente declara conocer el contenido de la Resolución N° 1165/2019 CD de la
FBCB de la UNL y ACEPTA y RECONOCE las siguientes obligaciones en protección
de
(los resultados/los procedimientos/la información/etc) confidencial de la investigación
realizada en (nombre del programa de investigación,
doctorado, etc) bajo la Dirección de (nombre y apellido)
comprometiéndose a no divulgarla, publicarla, cederla, revelarla, directa o
indirectamente, ni ponerla a disposición de terceros, ni total ni parcialmente, cualquiera
sea el soporte en el que se encuentre esta información; adecuando su actuación a la
finalidad del Protocolo de Confidencialidad de la FBCB de la UNL. La duración de las
obligaciones contenidas en este acuerdo será de dos años de conformidad a lo
dispuesto en el artículo 5 inc. I y ss.
Santa Fe,.....de.....de 20...

Firma y aclaración del obligado

Firma y aclaración del Director/responsable de área

Firma y sello de la/el Decana/o

Sello de la FBCB