

Undergraduate Training Department POSTGRADUATE & SCHOLARSHIP ADMINISTRATION

إقرار بسرية المعلومات

أقر بأنه أثناء أدائي لواجباتي الوظيفية أو أثناء فترة تدريبي أو تعاقدتي مع التجمع الصحي الثاني بالرياض، وعند اطلاعي على أية معلومات خاصة بالمريض، ألا أقوم بنقلها أو مشاركتها مع أي شخص غير مخول للاطلاع على هذه المعلومات نظاماً. وأفهم جيداً بأنه في حال افشاء معلومات المريض للأشخاص غير المخولين للاطلاع عليها، سيتخذ ضدي إجراءات تأديبية و / أو قانونية حازمة وفقاً للوائح والأنظمة المتبعة.

الإسم:	_____	_____	_____
	(العائلة)	(اسم الأب)	(الاسم الأول)
فئة التدريب:	<input type="checkbox"/> طالب	<input type="checkbox"/> امتياز	<input type="checkbox"/> خبرة
	<input type="checkbox"/> علوم طبية تطبيقية	<input type="checkbox"/> تمريض	<input type="checkbox"/> صيدلة
التاريخ:	_____	_____	_____
	التوقيع:	_____	_____

CONFIDENTIALITY STATEMENT

I acknowledge that during performing my duties, training, or contract with Riyadh Second Health Cluster, I will have access to confidential patient information. I understand that this information is confidential and belongs to the patient, and that I may not share this information with any unauthorized individuals. I also understand that in cases of any disclosure of patient information, a strong disciplinary and/or legal actions will be taken according to the applicable law and regulations in the Kingdom of Saudi Arabia.

Name:	_____	_____	_____
	(First)	(Middle)	(Last)
Category:	<input type="checkbox"/> Student	<input type="checkbox"/> Intern	<input type="checkbox"/> Attachment
Classification:	<input type="checkbox"/> Medical	<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Pharmacy
	<input type="checkbox"/> Nursing	<input type="checkbox"/> Allied Health	
Date:	_____	Signature:	_____

