



TERMO DE COMPROMISSO DE SIGILO E CONFIDENCIALIDADE

Eu, _____, portador(a)
da Carteira de Identidade nº _____ e CPF nº
_____, me obrigo e assumo o compromisso de manter o mais absoluto
sigilo com relação a toda e qualquer informação a que eu tiver acesso no exercício da minha
função no CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DO CEARÁ.

Por este termo de sigilo e confidencialidade comprometo-me também:

1. A não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;
2. A não apropriar para si ou para outrem de material confidencial e/ou sigiloso das informações que venham a ser disponibilizadas e/ou acessadas;
3. A não repassar o conhecimento das informações confidenciais, por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por seu intermédio, e obrigando-se, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e / ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas sem a autorização escrita do Presidente do CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DO CEARÁ ou por pessoa por ele designada.
4. A vigência da obrigação de sigilo e confidencialidade, assumida pela minha pessoa, por meio deste termo, só poderá ser quebrada mediante autorização por escrito, concedida à minha pessoa, pelo Presidente do CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DO CEARÁ ou por pessoa por ele designada.

Pelo não cumprimento do presente Termo de Sigilo e Confidencialidade, fica o abaixo assinado ciente de todas as sanções legais e/ou judiciais que poderão advir.

_____, _____, de _____ de _____

Assinatura