

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |

**COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD**

**(PROCEDIMIENTO DE DIS)**

**Nombre:** …………………………………….

**Función:** ………………………………………

Yo, el abajo firmante, me comprometo a no divulgar ni compartir con partes externas al proceso de DIS, ninguna información que llegue a mi conocimiento como resultado de mi función en dicho proceso. Entiendo y acepto que la obligación de confidencialidad continuará después de que haya cesado mi función formal en el proceso de DIS.

Entiendo que este compromiso firmado será retenido por el ACNUR. También entiendo que cualquier incumplimiento de los términos de este compromiso puede dar lugar a mi exclusión de una futura participación en el proceso de DIS, a ser reportado ante mi empleador y a que el ACNUR tome otras medidas que considere adecuadas.

**He leído, entiendo y acepto este Compromiso de confidencialidad.**

Firma: ……………………………………………….

Fecha: ……………………………………………………………………

Lugar: ……………………………………………………………………