



<b>ANEXO I</b> <b>PROTOCOLO PARA LA DESTRUCCIÓN</b> <b>DE DOCUMENTOS CONFIDENCIALES</b> <b>A DEMANDA</b>	Fecha: 15/02/19
	Revisión: 1.0

### PETICIÓN DE RETIRADA<sup>1</sup> DE DOCUMENTOS CONFIDENCIALES PARA SU DESTRUCCIÓN

HOSPITAL / PABELLÓN / PLANTA:	SERVICIO O UNIDAD SOLICITANTE:	FECHA PETICIÓN:	Nº DE BOLSAS O BULTOS:
RESPONSABLE SERVICIO/UNIDAD: NOMBRE: DNI: FIRMA:			
Le comunico que los documentos relacionados han causado baja en éste Servicio y deben ser retirados para su posterior destrucción: _____ _____ _____			

### ENTREGA Y RETIRADA<sup>2</sup> DE DOCUMENTACIÓN CONFIDENCIAL PARA SU DESTRUCCIÓN

HOSPITAL / PABELLÓN / PLANTA:	SERVICIO O UNIDAD:	FECHA RETIRADA:	Nº DE BOLSAS O BULTOS ENTREGADAS:
RESPONSABLE DEL SERVICIO QUE HACE LA ENTREGA NOMBRE: DNI: FIRMA:			
PERSONA QUE HACE LA RETIRADA: (Personal Empresa de Limpieza) NOMBRE: DNI: FIRMA:			
OBSERVACIONES O INCIDENCIAS EN LA ENTREGA Y RETIRADA: _____			

### DESTRUCCIÓN DE DOCUMENTACIÓN CONFIDENCIAL A DEMANDA

HOSPITAL	Nº TOTAL DE BULTOS O BOLSAS DESTRUIDOS	EMPRESA ENCARGADA DE LA DESTRUCCIÓN:	PERSONA QUE REALIZA LA DESTRUCCIÓN (Personal Empresa de Limpieza)	
			NOMBRE:	DNI:
Los documentos relacionados en la petición de retirada de documentos confidenciales para su destrucción han sido destruidos de conformidad.			FIRMA:	
			PERSONA RESPONSABLE DE LA DESTRUCCIÓN:	
FECHA Y HORA DE DESTRUCCIÓN:			NOMBRE:	DNI:
OBSERVACIONES O INCIDENCIAS EN LA DESTRUCCIÓN:			FIRMA:	

<sup>1</sup> La documentación confidencial no será retirada hasta el momento de su gestión y destrucción.

<sup>2</sup> La retirada se realizará en presencia del personal responsable del centro.