

ENGAGEMENT À LA CONFIDENTIALITÉ, AU RESPECT DE L'ÉTHIQUE PROFESSIONNELLE ET DES POLITIQUES DE L'ÉTABLISSEMENT

En tant que personne œuvrant au sein du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, je reconnais que, selon la loi, toute information obtenue dans l'exercice de mes fonctions ou de mes activités et qui concerne les usagers ainsi que le personnel est strictement confidentielle.

Par conséquent, je m'engage à respecter :

- les codes de déontologie professionnels;
- les règles d'éthique;
- les politiques de l'établissement;
- l'intégrité et la confidentialité des renseignements obtenus à des fins professionnelles;
- la confidentialité quant à l'identité de la clientèle.

Aussi, je m'engage à :

- traiter avec un grand souci de confidentialité tout dossier et/ou tout document (papier, numérique, audio, vidéo, etc.) et par le fait même, à ne pas sortir ceux-ci de l'établissement;
- ne pas divulguer d'information, à qui que ce soit, sans l'assentiment de l'autorité compétente;
- ne pas utiliser les renseignements qui proviennent de mon travail ou mes activités à des fins personnelles;
- ne pas recueillir un renseignement nominatif ou confidentiel si cela n'est pas nécessaire dans le cadre de mes activités professionnelles.

J'atteste avoir pris connaissance de l'engagement à la confidentialité, au respect de l'éthique professionnelle et des politiques de l'établissement et je m'engage à en respecter l'ensemble des modalités. Je comprends que des mesures administratives sont applicables en cas de manquement à cet engagement.

En cochant, je comprends que cette action remplace et tient lieu de signature.

Signature (signature manuscrite requise si formulaire imprimé) : _____

Nom:

Prénom:

Date :

Établissement d'enseignement :

Discipline-programme :

Date de début du stage :

- > **Pour les stages supervisés par un employé du CIUSSS** : J'enregistre le formulaire et l'envoie à mon superviseur.
- > **Pour les stages de groupe supervisés par un enseignant d'un établissement d'enseignement** : J'enregistre le formulaire et le retourne à l'adresse suivante : enseignement.ciusscn@sss.gouv.qc.ca

À noter que cet engagement est valide pour la durée de votre programme d'études. Si vous changez d'établissement d'enseignement ou de programme d'études, veuillez compléter à nouveau ce formulaire.