

Obligation au secret professionnel et à la confidentialité

| | |
|---|--|
| Nom : | |
| Prénom : | |
| <input type="checkbox"/> | Je déclare être au courant qu'en vertu de l'article 19 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, tout ce qui est contenu dans les dossiers, médicaux est strictement confidentiel et qu'en conséquence, je suis lié(e) par le secret professionnel. |
| <input type="checkbox"/> | Je m'engage à ne divulguer à qui que ce soit et à n'utiliser d'aucune manière tout renseignement obtenu dans l'exercice de mes fonctions et se rapportant aux usagers. |
| <input type="checkbox"/> | Je comprends que je suis passible de sanctions si je manque aux obligations ci-dessus mentionnées. |
| Signature : | |
| Signature du représentant des ressources humaines : | |
| Date : | |