

ENGAGEMENT À LA CONFIDENTIALITÉ ET À LA SÉCURITÉ INFORMATIONNELLE

Attendu que toute personne exerçant ses fonctions au sein du CISSS de Chaudière-Appalaches, comme membre du personnel, médecin, bénévole, stagiaire ou résident, a accès à des informations à caractère privé obtenues de façon verbale, écrite ou électronique.

En tant que stagiaire,

je m'engage à respecter l'obligation de confidentialité prévue à l'article 19 de la *Loi sur les services de santé et services sociaux*.

Art. 19 « Le dossier d'un usager est confidentiel et nul ne peut y avoir accès, si ce n'est avec le consentement de l'usager ou de la personne pouvant donner un consentement en son nom... »

je m'engage à respecter la même obligation que celle des salariés, prévue à l'article 2088 du Code civil.

Art. 2088 « Le salarié, outre qu'il est tenu d'exécuter son travail avec prudence et diligence, doit agir avec loyauté et ne pas faire usage de l'information à caractère confidentiel qu'il obtient dans l'exécution ou à l'exécution de son travail. »

je m'engage également à prendre connaissance et appliquer toutes politiques, règles et procédures relatives à la confidentialité, à la sécurité informationnelle, ainsi qu'à l'utilisation des médias sociaux édictées dans l'établissement, ainsi qu'à m'abstenir d'utiliser les actifs informationnels ou de télécommunication à des fins non autorisées ou personnelles. L'information électronique demeure de nature confidentielle au même titre que l'information écrite, par conséquent, elle est régie par les mêmes lois. Cet engagement doit être respecté pendant et à la suite de mon stage.

je comprends que toutes les informations auxquelles j'accéderai dans le système informatisé du dossier de l'usager peuvent être journalisées afin de contrôler l'utilisation de l'information et de s'assurer que seules les personnes autorisées auront accès aux informations pertinentes à leur fonction.

je comprends qu'en cas de manquement au présent engagement, le CISSS de Chaudière-Appalaches prendra les mesures nécessaires, pouvant aller jusqu'à la cessation du stage.

Je confirme avoir reçu les renseignements relatifs aux énoncés ci-dessus et avoir pleinement compris le sens de mon engagement.

J'ai signé, ce _____ à _____
(Date) (lieu)

Nom _____

Signature _____

Signature du témoin _____

INFORMATIONS

Nom: _____ Prénom : _____

Sexe : F M Date de naissance : _____

Adresse : _____ Appartement : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Code permanent : _____
(Lettre et chiffre)

Adresse courriel pour vous joindre : _____

Installation (lieu) où le stage est effectué : _____

Institution d'enseignement (école) : _____

Discipline du stage (titre d'emploi) : _____

Secondaire : Professionnel (DEP) Stage d'observation

Collégiale : Technique 1^{re} année 2^e année 3^e année Autre _____

Universitaire : Baccalauréat 1^{re} année 2^e année 3^e année 4^e année

Maîtrise 1^{re} année 2^e année Autre _____

Doctorat 1^{re} année 2^e année Autre _____

Post-Doctorat

Externe médecine : Junior (1^{re} année) Senior (2^e année)

Résident médecine : R1 R2 R3 R4 R5

Date début stage: _____ Date fin stage : _____

Combien de jours / semaine : _____ Total des jours du stage : _____

Nom du ou des superviseur(e)(s) : _____

SVP retourner à la Direction de la recherche et de l'enseignement universitaire soit par courrier interne ou par courriel