

Instructions pour remplir le document Engagement à la confidentialité s'adressant à toutes les personnes œuvrant au CHU Sainte-Justine



N'hésitez pas à consulter la **Procédure pour remplir et signer un document de façon électronique** qui est disponible sur le site de l'enseignement du CHU Sainte-Justine dans la section **Formulaire à compléter**.

Cette procédure vous explique comment remplir et signer un document de façon électronique à partir de votre cellulaire, votre tablette ou votre ordinateur (à partir d'un navigateur tel Microsoft Edge).

Le formulaire d'engagement à la confidentialité, ci-après le « **Formulaire** », peut être complété par l'une des méthodes suivantes :

- L'imprimer, le remplir et le signer manuellement puis prendre une photo du document rempli avec votre cellulaire. Joindre cette photo au courriel de réponse.
- L'imprimer, le remplir et le signer manuellement puis le numériser. Joindre le document numérisé au courriel de réponse.
- Le remplir et le signer électroniquement. Joindre le document numérisé au courriel de réponse.

Marche à suivre pour remplir correctement cet engagement à la confidentialité

1. Le **formulaire** à compléter se retrouve à la dernière page du présent document.
2. Lire le **Formulaire et les politiques** en lien avec ce dernier, le cas échéant.
3. Saisir votre nom complet au premier paragraphe du formulaire en inscrivant votre **prénom** suivi de votre **nom** (en lettres carrées si vous remplissez le formulaire manuellement).

ENGAGEMENT À LA CONFIDENTIALITÉ S'ADRESSANT À TOUTES LES PERSONNES OEUVRANT AU CHU SAINTE-JUSTINE

JE, soussigné(e), **JUSTINE LACOSTE-BEAUBIEN** CONFIRME avoir été informé(e) de l'existence et du contenu du [Code d'éthique](#) et de la [politique relative à la sécurité des actifs informationnels du CHU Sainte-Justine](#).



Veuillez noter que vous pouvez cliquer sur les hyperliens pour consulter le Code d'éthique et la politique relative à la sécurité des actifs informationnels depuis le formulaire PDF.

4. Inscrire à nouveau votre nom complet en commençant par votre **prénom** suivi de votre **nom de famille** (en lettres carrées si vous remplissez le formulaire manuellement).

Cette déclaration solennelle me lie, même après la cessation de mon emploi ou/et de mes activités au CHU Sainte-Justine.

JUSTINE LACOSTE-BEAUBIEN

Prénom et nom de la personne qui œuvre au CHU Sainte-Justine

5. Placer votre curseur dans le champ de date. Cliquer sur la flèche du menu déroulant. Sélectionner la date à laquelle vous remplissez le formulaire.



6. Signer le document

Cette déclaration solennelle me lie, même après la cessation de mon emploi ou/et de mes activités au CHU Sainte-Justine.

JUSTINE LACOSTE-BEAUBIEN

Prénom et nom de la personne qui œuvre au CHU Sainte-Justine

Justine Lacoste-Beaubien

Signature de l'employé(e)

26/8/22

Date

Signature électronique

Si vous compléter le formulaire de manière électronique, veuillez-vous référer à la **Procédure pour remplir et signer un document de façon électronique.**

Signature manuscrite

Pour signer votre document de manière manuscrite, vous devrez l'imprimer et le signer. Vous pourrez alors prendre une photo du document ou le numériser pour ensuite le transmettre au CHU Sainte-Justine en répondant au courriel qui vous a été transmis initialement ou en l'envoyant à Stages.soins.infirmiers.hsj@ssss.gouv.qc.ca.

ENGAGEMENT À LA CONFIDENTIALITÉ S'ADRESSANT À TOUTES LES PERSONNES OEUVRANT AU CHU SAINTE-JUSTINE

JE, soussigné(e), _____ CONFIRME avoir été informé(e) de l'existence et du contenu du [Code d'éthique](#) et de la [politique relative à la sécurité des actifs informationnels du CHU Sainte-Justine](#).

J'AI PRIS CONNAISSANCE ET JE M'ENGAGE à respecter ce Code et cette politique et à appliquer ses lignes de conduites dans le but de préserver la sécurité et l'intégrité des actifs informationnels ainsi que d'assurer la confidentialité des données qui s'y trouvent.

J'AI ÉTÉ INFORMÉ(E) ET JE COMPRENDS que les mots de passe (ou codes d'accès) qui me sont remis par les administrateurs des systèmes sont strictement confidentiels, que je suis le (la) seul(e) en droit de l'utiliser et qu'un accès aux systèmes avec ces mots de passe (ou codes d'accès) m'est automatiquement imputé sur la liste de contrôle des accès aux systèmes.

J'AI ÉTÉ INFORMÉ(E) ET JE COMPRENDS que tout manquement au respect à la confidentialité, ou tout acte mettant en péril la sécurité des actifs informationnels, tel que stipulé dans la politique de sécurité des actifs informationnels, peut résulter en des sanctions telles que définies dans la politique.

JE M'ENGAGE à respecter la confidentialité de toutes les informations que je pourrai voir, entendre ou recueillir dans le cadre de mes fonctions, tel que stipulé dans le Code d'éthique du CHU Sainte-Justine, ceci conformément à La loi sur les services de santé et les services sociaux, au Code civil du Québec et à la Charte des droits et libertés de la personne.

JE M'ENGAGE à informer mon supérieur immédiat au CHU Sainte-Justine de tout incident susceptible de compromettre la confidentialité des renseignements personnels ou la sécurité des actifs informationnels.

JE M'ENGAGE ÉGALEMENT à limiter la consultation des renseignements confidentiels aux seules fins d'accomplissement de mes fonctions et à ne jamais dévoiler ces renseignements confidentiels à quiconque.

Cette déclaration solennelle me lie, même après la cessation de mon emploi ou/et de mes activités au CHU Sainte-Justine.

Prénom et nom de la personne qui œuvre au CHU Sainte-Justine

Signature de l'employé(e)

Date