

Instructions pour remplir le document Engagement du/de la stagiaire Stage de formation, perfectionnement ou d'observation



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 du/de la stagiaire, 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 lettre carrées si vous remplissez le formulaire manuellement).

ENGAGEMENT DU/DE LA STAGIAIRE STAGE DE FORMATION, PERFECTIONNEMENT OU D'OBSERVATION

JE, soussigné(e), **JUSTINE LACOSTE-BEAUBIEN** **COMPRENDS** que dans le cadre de l'autorisation qui m'est accordée par le CHU Sainte-Justine, je suis tenu(e) à une stricte d'obligation de confidentialité, 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.

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 stage au CHU Sainte-Justine.

JUSTINE LACOSTE-BEAUBIEN

Prenom et nom de la personne stagiaire 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**.



August 2022						
SU	MO	TU	WE	TH	FR	SA
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

6. Signer le document

JUSTINE LACOSTE-BEAUBIEN

Prénom et nom de la personne stagiaire au CHU Sainte-Justine

Justine Lacoste-Beaubien

Signature de la personne stagiaire

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 DU/DE LA STAGIAIRE

STAGE DE FORMATION, PERFECTIONNEMENT OU D'OBSERVATION

*JE, soussigné(e), _____ **COMPRENDS** que dans le cadre de l'autorisation qui m'est accordée par le CHU Sainte-Justine, je suis tenu(e) à une stricte d'obligation de confidentialité, 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 respecter la confidentialité de tous les renseignements du CHU Sainte-Justine auxquels j'aurai accès dans le cadre mon stage, qu'il s'agisse de renseignements personnels (concernant les usagers, leur famille, les visiteurs, les employés et les médecins) ou de renseignements de toute autre nature (informations relatives au CHU Sainte-Justine, relatives aux activités, aux procédés, aux technologies, ou encore informations financières, administratives, scientifiques ou autres), que ces renseignements résultent d'observations que j'ai pu faire ou d'informations m'ayant été transmises verbalement ou par écrit.*

***JE RECONNAIS** que tous les écrits que je préparerai dans le cadre du stage sont, au sens de la Loi sur les droits d'auteurs (L.R.C. 1985, c. C42), la propriété du CHU Sainte-Justine et que le CHU Sainte-Justine en est le premier titulaire du droit d'auteur. Toute utilisation ou diffusion de ces écrits par le stagiaire devra faire l'objet d'une approbation expresse écrite de la part du CHU Sainte-Justine, à l'exception de la transmission de ces documents à sa maison d'enseignement aux fins de suivi et d'évaluation du stage.*

***JE M'ENGAGE** à respecter, en tout temps durant ma période de stage, les consignes de mon responsable de stage ou des membres de son équipe qu'il aura désigné pour me superviser.*

***JE M'ENGAGE** à ne jamais utiliser mon cellulaire lors de mes visites, à ne prendre en note aucun renseignement relatif aux patients du CHU Sainte-Justine, à ne prendre aucune photographie, vidéo ou d'échanger sur les médias sociaux toute information qui permettrait d'identifier un patient, une famille ou une situation clinique*

***JE M'ENGAGE** à fournir sur demande, à mon responsable de stage, une preuve d'assurance responsabilité de la part de ma maison d'enseignement/organisme qui me réfère, couvrant toute la durée de mon stage.*

***JE M'ENGAGE** à informer une personne en autorité au CHU Sainte-Justine de tout incident susceptible de compromettre la confidentialité des renseignements*

***J'AI PRIS CONNAISSANCE** des documents suivants, les ai complétés et remis à mon responsable de stage :*

- Document d'engagement du stagiaire (le présent document)
- Formulaire de vérification des antécédents judiciaires (pour tout candidat âgé de plus de 18 ans)

***J'AI ÉTÉ INFORMÉ(E) ET JE COMPRENDS** qu'en cas de manquement de ma part au présent engagement, les autorités compétentes de ma maison d'enseignement/organisme seront informées.*

Cette déclaration solennelle me lie, même après la cessation de mon stage au CHU Sainte-Justine.

Prénom et nom de la personne stagiaire au CHU Sainte-Justine

Signature de la personne stagiaire

Date