

Annexe 1

Engagement de confidentialité

J'ai pris connaissance de la Politique sur la confidentialité du Centre de simulation mère-enfant du CHU Sainte-Justine et j'en ai obtenu une copie.

Je déclare en avoir compris le contenu et je m'engage à en respecter les termes.

Je m'engage à protéger la confidentialité de l'ensemble des renseignements auxquels j'aurai accès dans le cadre de la simulation.

Je comprends que le non respect de ma part des obligations prévues dans la présente politique peut entraîner des mesures disciplinaires, administratives ou légales à mon égard.

Signature

Date

Nom en lettres moulées

Statut (médecin/résident/employé)

Numéro d'employé ou numéro de pratique