

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



CHU Sainte-Justine
Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant

Pour l'amour des enfants



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 le 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.

(Bien vouloir cocher la case appropriée)

employé médecin résident externe étudiant recherche bénévole

_____ Nom et prénom de la personne qui œuvre au CHU Sainte-Justine (LETTRES CARRÉES)	_____ Numéro d'employé	_____ Numéro de pratique
_____ Signature de la personne	_____ Date	
_____ Signature du représentant du CHU Sainte-Justine	_____ Date	

Original au dossier de la personne

3175, Côte-Sainte-Catherine
Montréal (Québec)
H3T 1C5