

Annexe J.1 - Formulaire « Engagement à la confidentialité »

NOM : _____ PRÉNOM : _____

NOM DE L'ENTREPRISE : _____

TITRE D'EMPLOI : _____ N° DE PERMIS : _____

ENGAGEMENT À LA CONFIDENTIALITÉ

Je, soussigné, déclare avoir été informé qu'en vertu de la loi sur les services de santé et des services sociaux (art.19), la loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (art.53), que toute information concernant les usagers doit demeurer confidentielle.

Je déclare être informé que le Département de biologie médicale utilise ou peut en tout temps utiliser des logiciels de sécurité qui peuvent retracer, pour des fins de gestion, mes recherches effectuées dans le système informatique du laboratoire (SIL).

En vertu de la pratique déontologique normalement acceptée et des lois applicables, je m'engage à :

- ✓ *Appliquer les procédures et les règles stipulées dans la présente Entente;*
- ✓ *Ne pas accéder au système informatique du laboratoire (SIL), si ce n'est pas essentiel à l'exercice de ma profession;*
- ✓ *Ne jamais révéler, à moins d'y être dûment autorisé, de renseignement nominatif ou à caractère confidentiel;*
- ✓ *Ne jamais divulguer, prêter ou afficher mon code d'authentification (mot de passe) me permettant d'avoir accès aux données informatisées.*

Je comprends qu'en plus de m'exposer à des poursuites, je suis passible de sanctions si je contreviens aux dispositions légales.

En foi de quoi, j'ai lu et signé cet engagement en date du _____ par : _____
JJ / MM / AAAA Signature

RETOURNER CE FORMULAIRE DANS LES MEILLEURS DÉLAIS, À LA DIRECTION OPTILAB LLL DU CISSS DE LAVAL à l'adresse soutien.optilablll@ssss.gouv.qc.ca.

Auteur : Emanuel Settecasi	Révisé par : Geneviève Poulin	Approbateur : Dany Aubry
Date : 2018-05-15	Date : 2024-02-07	Date : 2024-03-13

Initiales Initiales