



ENGAGEMENT DE CONFIDENTIALITÉ, DE PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET D'ALLÉGEANCE AUX POLITIQUES ORGANISATIONNELLES

IDENTIFICATION

Nom et prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Titre d'emploi :

Numéro d'employé : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

DÉCLARATION

Je reconnais avoir été informé(e) que, dans le cadre de mes fonctions, de mon stage, de mon bénévolat ou de toute autre activité réalisée pour le CHSLD de la Côte-Boisée, je pourrais avoir accès à des renseignements concernant les résidents, usagers, familles, employés, médecins, stagiaires, bénévoles, partenaires ou toute autre personne liée à l'organisation. Ces renseignements, incluant les renseignements de santé et les renseignements personnels, sont confidentiels et protégés par les lois applicables ainsi que par les politiques, procédures, directives et mesures organisationnelles en vigueur.

Je reconnais que ces renseignements peuvent être obtenus verbalement, par écrit, sous forme électronique, visuelle ou par tout autre moyen et qu'ils doivent être traités avec la plus grande discrétion.

JE M'ENGAGE À :

- ☐ Prendre connaissance de la politique DG-POL-019.
- ☐ Consulter uniquement les renseignements nécessaires à l'exercice de mes fonctions et selon les autorisations qui me sont accordées.
- ☐ Préserver en tout temps la confidentialité des renseignements auxquels j'ai accès, qu'ils soient obtenus verbalement, par écrit, électroniquement ou visuellement.
- ☐ Ne divulguer, transmettre, utiliser ou discuter d'aucun renseignement confidentiel sans autorisation ou sans y être dûment habilité(e).
- ☐ Respecter les lois, politiques, procédures, directives et mesures de sécurité relatives à la protection des renseignements personnels, à la sécurité de l'information et à l'utilisation des actifs informationnels de l'organisation.
- ☐ Appliquer les pratiques internes visant à assurer la protection des renseignements personnels et la sécurité de l'information.
- ☐ Participer aux formations requises et maintenir à jour mes connaissances en matière de confidentialité, de protection des renseignements personnels et de sécurité de l'information.
- ☐ Protéger mes identifiants, mots de passe, équipements et accès informatiques et ne jamais les partager avec une autre personne.
- ☐ Ne pas prendre, conserver ou diffuser de photographies, vidéos, captures d'écran ou enregistrements sans l'autorisation requise.
- ☐ Ne pas partager d'information confidentielle au moyen de courriels personnels, de messageries non autorisées, de messages textes ou des médias sociaux.
- ☐ Faire preuve de discrétion, de professionnalisme, de respect et de diplomatie dans mes échanges avec les résidents, usagers, familles, collègues, partenaires et toute autre personne liée à l'organisation.
- ☐ Préserver en tout temps la réputation, la crédibilité et la bonne image du CHSLD de la Côte-Boisée.
- ☐ Signaler sans délai à mon supérieur immédiat ou à l'autorité désignée tout incident, risque, perte, accès non autorisé, divulgation, utilisation inappropriée ou atteinte à la confidentialité, à la protection des renseignements personnels ou à la sécurité des actifs informationnels.
- ☐ Exercer mes fonctions avec honnêteté, intégrité, discrétion et loyauté envers l'organisation.

UTILISATION DES RESSOURCES INFORMATIONNELLES

Je reconnais que l'organisation peut mettre en place des mécanismes de contrôle, de journalisation, d'archivage, de vérification ou de surveillance liés à l'utilisation de ses réseaux, systèmes informatiques, équipements, applications et outils de communication, conformément aux lois applicables et aux politiques en vigueur.

Je m'engage à utiliser les ressources informationnelles, les équipements, les systèmes et les actifs informationnels mis à ma disposition uniquement à des fins autorisées dans le cadre de mes fonctions et dans le respect des règles établies par l'organisation.

COLLECTE ET TRAITEMENT DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DES MEMBRES DU PERSONNEL

Je reconnais que certains de mes renseignements personnels peuvent être recueillis, utilisés, communiqués, conservés et détruits par l'organisation conformément aux lois applicables et aux politiques organisationnelles, notamment à des fins liées à la gestion de l'emploi, de la rémunération, des avantages sociaux, de la formation, de la santé et sécurité au travail, des obligations légales et de toute autre activité nécessaire à l'administration des ressources humaines. Je comprends que ces renseignements sont traités de manière confidentielle et selon les mesures de protection établies par l'organisation.

DURÉE DE L'ENGAGEMENT

Le présent engagement demeure en vigueur pendant toute la durée de ma relation avec l'organisation et continue de produire ses effets après la fin de ma relation avec l'organisation, sans limite de temps quant aux obligations de confidentialité et de protection des renseignements personnels.

CONSÉQUENCES D'UN MANQUEMENT

Je comprends que tout manquement aux obligations prévues au présent engagement peut entraîner des mesures administratives ou disciplinaires pouvant aller jusqu'à la fin du lien d'emploi, du mandat, du stage ou de la relation de bénévolat, ainsi que toute autre mesure ou recours prévu par les lois applicables.

ATTESTATION ET SIGNATURES

Je confirme avoir reçu les informations, explications et directives nécessaires concernant mes obligations en matière de confidentialité, de protection des renseignements personnels, de sécurité de l'information et d'utilisation des ressources informationnelles.

Je reconnais avoir pris connaissance du présent engagement et m'engage à respecter l'ensemble des obligations qui y sont énoncées.

Signature de la personne : _____

Date : _____

Nom du représentant autorisé : _____

Signature : _____

Date : _____