

Formulaire d'engagement à la confidentialité et au respect de la Politique de sécurité de l'information

Je, soussigné(e), (prénom, nom) _____ confirme avoir reçu copie de la Politique de sécurité de l'information du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord.

Je m'engage à prendre connaissance, respecter cette politique et à appliquer ses lignes de conduite dans le but de préserver la sécurité de l'information et l'intégrité des actifs informationnels ainsi que d'assurer la confidentialité des données qui s'y trouvent.

Je suis pleinement conscient(e) que le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord exerce une surveillance des systèmes d'information. J'ai également été informé(e) que les systèmes d'information enregistrent les coordonnées permettant à l'établissement de visualiser, par un système de journalisation, l'historique des accès aux données que je consulte.

Je reconnais que les systèmes d'information sont des outils de travail qui doivent être utilisés uniquement dans le cadre de mes fonctions ou des activités de l'établissement et conformément à la présente politique. L'utilisation des systèmes d'information à des fins personnelles ou d'une manière non conforme à la politique est donc strictement interdite. Compte tenu de tout ce qui précède, rien dans l'utilisation des systèmes d'information ne doit être considéré comme étant confidentiel ou faisant partie de la vie privée.

Je suis également conscient(e) que tout manquement au respect à la confidentialité, ou tout acte mettant en péril la sécurité des actifs informationnels, comme stipulé dans la Politique de sécurité de l'information, peuvent entraîner des sanctions telles que définies dans la politique.

Je confirme avoir été informé(e) de l'obligation de respecter la confidentialité, sauf dans les cas prévus par la loi, de toutes les informations que je pourrai voir, entendre ou recueillir dans le cadre de mes fonctions, comme stipulé dans le code d'éthique de l'établissement, 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, sans délai, mon supérieur immédiat de tout incident susceptible de compromettre la confidentialité ou la sécurité des renseignements confidentiels.

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.

Je déclare avoir lu et compris le contenu de cet engagement à la confidentialité et **je m'engage** à m'y conformer en tout temps.

Cette déclaration solennelle me lie à perpétuité, et ce, même après la cessation de mon emploi ou de mes activités au Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord.

Cocher la case appropriée

- | | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Employé | <input type="checkbox"/> Médecin | <input type="checkbox"/> Résident | <input type="checkbox"/> Stagiaire | <input type="checkbox"/> Étudiant |
| <input type="checkbox"/> Recherche | <input type="checkbox"/> Bénévole | <input type="checkbox"/> Contractuel | <input type="checkbox"/> Fournisseur | |

Nom et prénom (lettres carrées)

Numéro employé

Numéro pratique

Signature de la personne

Signature du représentant de l'établissement

Original au dossier de la personne