

DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ

Je (*nom en lettres moulées*) _____, dans le cadre de mon travail, m'engage à conserver confidentiel tous renseignements obtenus via l'exercice de mes fonctions tant en regard des patients/usagers que des employés (état de santé, situation familiale, financière, personnelle, etc.).

Je m'engage également à ce que ces dits renseignements demeurent confidentiels lorsque je quitterai mon emploi au Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais.

Signature de la personne salariée ou stagiaire

Date

CONSENTEMENT À LA TRANSMISSION DE COORDONNÉES POUR FINS DE RECRUTEMENT

Par la présente, je consens à ce que mes coordonnées (nom, téléphone et courriel) soient transmises à la Direction des ressources humaines du CISSS de l'Outaouais pour fins de recrutement au terme de mon stage ou internat et ce, pour une durée de 36 mois suivant la signature du document.

Si vous avez des questions concernant le processus de recrutement suite à votre stage, vous pouvez joindre le service du recrutement par courriel à l'adresse courriel suivante : 07_CISSO_recrutement@ssss.gouv.qc.ca ou communiquer par téléphone au numéro suivant : 819 966-6100, poste 333777.

Nom et prénom (*en lettres moulées*)

Discipline

Numéro de téléphone

Date de naissance

Adresse courriel (*en lettres moulées*)

Signature

STAGIAIRE DÉJÀ À L'EMPLOI DU CISSS DE L'OUTAOUAIS

Par la présente, je confirme être déjà employé.e du CISSS de l'Outaouais en fournissant des informations liées à mon emploi actuel :

Numéro de matricule

Gestionnaire actuel

Code Windows (réseau)

Adresse courriel

Si vous n'êtes pas déjà employé.e du CISSS, ne remplissez pas cette section.