

Identification du stagiaire

Renseignements personnels

Les utilisateurs doivent d'abord **télécharger Adobe Acrobat Reader** puis ouvrir le formulaire dans l'application pour le remplir.

1. Remplir et signer le formulaire (pages 1 et 2).
Toutes les sections doivent être complétées; un formulaire incomplet ou non signé sera retourné au déclarant.
2. Enregistrer le document; autrement, il nous parviendra vide.
3. Acheminer le formulaire en **format PDF** par courriel au responsable des stages à la Direction de l'enseignement universitaire, de la recherche et de l'innovation (DEURI) ou à l'adresse suivante : stages.ciussmcq@ssss.gouv.qc.ca.

N. B. : Prendre note que le présent formulaire sera conservé à votre dossier de stagiaire.

Identification du stagiaire		
Nom	Prénom	
Adresse actuelle (numéro, rue)	Ville	Code postal
Numéro de téléphone	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	3 derniers chiffres du NAS
Adresse courriel		
Personne à contacter en cas d'urgence		
Nom, prénom	Numéro de téléphone en cas d'urgence	
Êtes-vous un(e) employé(e) du CIUSSS MCQ ?		
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Numéro d'employé	
Section réservée à l'usage exclusif des stagiaires infirmières praticiennes spécialisées (IPS)		
Numéro de permis d'exercice OIIQ	Numéro de prescripteur RAMQ	

Description du stage			
Etablissement d'enseignement	Programme d'études		Niveau académique
Titre du stage	Date de début du stage (AAAA-MM-JJ)	Date de fin prévue du stage (AAAA-MM-JJ)	Durée du stage (heures)

Autorisation de partage des renseignements personnels	
<input type="checkbox"/>	J'autorise le personnel de la DEURI à transmettre mon numéro de téléphone , mon adresse courriel et mon évaluation de stage à la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ) pour des fins de recrutement , et ce, pour toute la durée de mes études .
<input type="checkbox"/>	J'autorise le personnel de la DEURI à transmettre à la Direction des ressources informationnelles (DRI) mon adresse courriel , ma date de naissance , et les trois derniers chiffres de mon numéro d'assurance sociale pour l' octroi d'accès informatiques nécessaires à la réalisation de mon stage, et ce, pour toute la durée de mes études .
_____	_____
Signature du déclarant (électronique ou manuscrite – AUCUNE LETTRE MOULÉE)	Date (AAAA-MM-JJ)

Les utilisateurs doivent d'abord **télécharger Adobe Acrobat Reader** puis ouvrir le formulaire dans l'application pour le remplir.

1. **Remplir et signer** le formulaire (pages 1 et 2).
Toutes les sections doivent être complétées; un formulaire incomplet ou non signé sera retourné au déclarant.
2. **Enregistrer** le document; autrement, il nous parviendra vide.
3. **Acheminer** le formulaire en format PDF par courriel au responsable des stages à la Direction de l'enseignement universitaire, de la recherche et de l'innovation (DEURI) ou à l'adresse suivante : stages.ciuusssmcq@ssss.gouv.qc.ca.

N. B. : Prendre note que le présent formulaire sera conservé à votre dossier de stagiaire.

- Je déclare avoir été informé(e) qu'en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, toutes les informations concernant les usagers sont confidentielles et, qu'en conséquence, je suis lié(e) par la confidentialité et le secret professionnel.
- Je m'engage à :
- Préserver le caractère confidentiel de toutes les informations nominatives ou médicales, quel qu'en soit le support;
 - Consulter, utiliser ou traiter les informations nominatives ou médicales, qui sont de nature confidentielle, uniquement si j'y suis autorisé(e) et seulement lorsque cela est nécessaire à l'exercice de mes fonctions;
 - Ne pas révéler, divulguer ou céder à des tiers des informations nominatives ou médicales, de nature confidentielle qui me sont confiées, ni les reproduire sans y être préalablement autorisé(e);
 - Ne pas exprimer d'opinion ou diffuser de document au nom du CIUSSS MCQ, sur les médias sociaux ou autres tribunes, à moins d'y être dûment autorisé(e) par l'établissement;
 - Utiliser les outils de télécommunications seulement pour des fins professionnelles;
 - Ne jamais divulguer, prêter ou afficher mon ou mes mots de passe, ni prêter ma ou mes clés d'accès aux systèmes;
 - Prendre connaissance et respecter les politiques en vigueur au CIUSSS MCQ, de même que les mesures et procédures établies relativement à la protection des renseignements personnels et la sécurité des actifs informationnels;
 - Signaler immédiatement, à mon supérieur, toute situation portée à ma connaissance, ou pour laquelle j'ai raison de croire qu'une violation de ces politiques est survenue ou pourrait survenir.
- Je suis conscient(e) :
- Que le CIUSSS MCQ et toute autre instance peuvent enregistrer toutes mes activités réalisées sur ses systèmes informatiques, incluant l'utilisation d'internet et du courrier électronique;
 - Que je peux être soumis(e) à un audit ou à une vérification informatique.
- Je reconnais que le non-respect de cet engagement peut entraîner des sanctions pouvant aller jusqu'à l'échec de mon stage. Cet engagement demeure valide en tout temps, même après la cessation de mes activités au CIUSSS MCQ.

Signature du déclarant (électronique ou manuscrite – **AUCUNE LETTRE MOULÉE**)

Date (AAAA-MM-JJ)