



VÉRIFICATION DES ANTÉCÉDENTS JUDICIAIRES

Stagiaires en soins infirmiers et pluridisciplinaires
Direction de l'enseignement et des affaires universitaires

SECTION 1 : RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

NOM DE FAMILLE (si vous portez plus d'un nom de famille, veuillez inscrire vos noms dans leur ordre usuel)		
PRÉNOM (1)	PRÉNOM (2)	
DATE DE NAISSANCE	SEXE Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	N° DE TÉLÉPHONE
ADRESSE ACTUELLE (n°, rue, app.)		
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL
ADRESSE PRÉCÉDENTE (n°, rue, app.) (si depuis moins de 5 ans à l'adresse actuelle)		
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL
N° PERMIS DE CONDUIRE (facultatif)		N° D'ASSURANCE MALADIE (facultatif)

SECTION 2: DÉCLARATION DE CULPABILITÉ

A- INFRACTIONS CRIMINELLES

- Je n'ai pas été déclaré coupable d'une infraction criminelle au Canada ou à l'étranger.
- J'ai été déclaré coupable, au Canada ou à l'étranger de l'infraction ou des infractions criminelles suivantes :

B- INFRACTIONS PÉNALES

- Je n'ai pas été déclaré coupable d'une infraction pénale au Canada ou à l'étranger.
- J'ai été déclaré coupable, au Canada ou à l'étranger de l'infraction ou des infractions pénales suivantes :

La nature de l'antécédent:

La date de l'antécédent :

La date de la décision de culpabilité :

Le lieu de l'antécédent et du tribunal :

La nature de l'antécédent:

La date de l'antécédent :

La date de la décision de culpabilité :

Le lieu de l'antécédent et du tribunal :

SECTION 3 : ACCUSATIONS ENCORE PENDANTES

A- INFRACTIONS CRIMINELLES

- Je ne fais pas l'objet d'une accusation encore pendante pour une infraction criminelle au Canada ou à l'étranger.
- Je fais l'objet d'une ou plusieurs accusations encore pendantes, au Canada ou à l'étranger, pour l'infraction ou les infractions criminelles suivantes :

La nature de l'infraction :

La date de l'infraction :

Le lieu de l'infraction et du tribunal :

B- INFRACTIONS PÉNALES

- Je ne fais pas l'objet d'une accusation encore pendante pour une infraction pénale au Canada ou à l'étranger.
- Je fais l'objet d'une ou plusieurs accusations encore pendantes, au Canada ou à l'étranger pour l'infraction ou les infractions pénales suivantes :

La nature de l'infraction :

La date de l'infraction :

Le lieu de l'infraction et du tribunal :

SECTION 4 : ORDONNANCE JUDICIAIRE

- Je ne fais pas l'objet d'une ordonnance judiciaire qui subsiste contre moi, au Canada ou à l'étranger.
- Je fais l'objet d'une ou plusieurs ordonnances judiciaires qui subsistent contre moi, au Canada ou à l'étranger, à savoir :

La nature et l'ordonnance :

La date de l'ordonnance :

Lieu de l'ordonnance :

Je certifie que tous les renseignements fournis dans cette déclaration sont exacts et complets et je m'engage à déclarer tout changement relatif à mes antécédents judiciaires dans les dix (10) jours de leur occurrence. J'autorise à ce qu'un représentant de l'établissement vérifie mes antécédents judiciaires, c'est-à-dire toute condamnation pénale ou criminelle au Canada ou à l'étranger, toute ordonnance judiciaire subsistant au Canada ou à l'étranger ou toute accusation pénale ou criminelle pendante au Canada ou à l'étranger. J'autorise également à ce que l'établissement communique et reçoive tous les renseignements nécessaires à la vérification de ma déclaration des antécédents judiciaires, tant par un corps policier local ou tout autre moyen mis à la disposition de l'établissement.

En cochant, je comprends que cette action remplace et tient lieu de signature.

- J'accepte Je refuse.

J'enregistre le formulaire et je le retourne par courriel à l'adresse suivante : iucpq.enseignement@ssss.gouv.qc.ca

OU

J'imprime, signe le présent formulaire, le numérise et je le retourne par courriel à l'adresse suivante : iucpq.enseignement@ssss.gouv.qc.ca



FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS
Stagiaires en soins infirmiers et pluridisciplinaires
Direction de l'enseignement et des affaires universitaires

Nom		Prénom	
Code permanent (obligatoire pour tous les stagiaires)			
No employé (pour employer ou ancien employé de l'IUCPO)			
Matricule (obligatoire pour les stagiaires universitaires)			
Adresse courriel			
Numéro de téléphone (où l'on peut vous joindre rapidement)			
Personne à joindre en cas d'urgence			
Téléphone de la personne à joindre en cas d'urgence			
Superviseur du stage			
Préciser la discipline du stage			
Enseignant			
Date du début de stage		Date de fin du stage	
La CSST couvre le stagiaire qui effectue un stage dans un milieu assujéti à la Loi. En cas d'accident, dont la victime est un stagiaire, la CSST doit être informée par l'employeur chez qui le stagiaire fait son stage. Le stagiaire doit aviser également son établissement d'enseignement. Ce dossier spécial pour de tels accidents n'affecte en rien les statistiques du milieu de stage.			
La Direction de l'enseignement universitaire et des affaires universitaires s'engage formellement à ne divulguer aucune des informations concernant le stagiaire. Ces données ne serviront qu'à la gestion des stages et seront traitées de façon confidentielle.			

Avez-vous pris connaissance de la politique visant à gérer les situations d'incivilité, de harcèlement et de violence en milieu de travail ?

<http://iucpq.qc.ca/fr/institut/documents-institutionnels/politiques-et-procedures>

Oui Non Je m'engage à en prendre connaissance

En cochant, je comprends que cette action remplace et tient lieu de signature.

J'accepte Je refuse

J'enregistre le formulaire et je le retourne par courriel à l'adresse suivante : iucpq.enseignement@ssss.gouv.qc.ca

OU

J'imprime, signe le présent formulaire, le numérise et le retourne par courriel à l'adresse ci-dessus.

Signature du stagiaire

Date



ENGAGEMENT DE CONFIDENTIALITÉ ET DE RESPECT DE LA SÉCURITÉ DES ACTIFS INFORMATIONNELS

Stagiaires en soins infirmiers et pluridisciplinaires
Direction de l'enseignement et des affaires universitaires

Je, soussigné(e) _____
Prénom (en caractères d'imprimerie)

Nom (en caractères d'imprimerie)

Fonction et département

Numéro d'employé(e), code permanent ou matricule

De l'institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, dont le siège social est situé au 2725 du chemin Sainte-Foy à Québec, déclare avoir pris connaissance du règlement relatif à la sécurité des actifs informationnels de l'Institut.

Je m'engage à ne pas divulguer ou utiliser, sauf dans le cadre de mon travail, les renseignements confidentiels dont j'ai pu prendre connaissance.

Je m'engage à respecter la Politique relative à la sécurité de l'information de l'Institut ainsi que les codes de conduite applicables. Je dois en tout temps prendre toutes les mesures mises à ma disposition afin d'appliquer ce règlement dans l'exercice de mes fonctions et des tâches qui y sont associées.

J'ai le devoir d'informer immédiatement mon supérieur immédiat de tout incident ou de toute situation portée à ma connaissance qui serait susceptible de compromettre la confidentialité des renseignements confidentiels et la sécurité concernant l'utilisation des actifs informationnels et de télécommunications.

Je m'engage à ne jamais dévoiler de renseignements susceptibles de mettre en péril la sécurité des actifs informationnels et de télécommunications de l'Institut.

Je consens à ce que l'établissement conserve mes caractéristiques biométriques pour fin d'authentification aussi longtemps que je maintiens mon lien d'emploi avec l'Institut. Je garde en tout temps le privilège de demander la destruction de mes informations biométriques.

Je suis conscient que l'Institut conserve, à des fins d'irrévocabilité, une journalisation de toutes les activités réalisées sur ses réseaux d'information et que le contenu de ces journaux est conservée confidentiellement.

Je comprends que des mesures administratives ou disciplinaires sont applicables en cas de manquement à ce règlement.

Je _____, atteste avoir pris connaissance de l'engagement de confidentialité et je m'engage à en respecter l'ensemble des modalités.

En cochant, je comprends que cette action remplace et tient lieu de signature.

J'accepte

Je refuse

J'enregistre le formulaire et je le retourne par courriel à l'adresse suivante : iucpq.enseignement@gouv.qc.ca

Ou

J'imprime, signe le présent formulaire, le numérise et le retourne à l'adresse ci-dessus.

Signature

Date

- Règlement relatif à la sécurité des actifs informationnels
- Prise de mesures biométriques

Pour administration seulement

**ENGAGEMENT ENVERS LA SÉCURITÉ DES USAGERS
DE L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE CARDIOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE DE QUÉBEC**
Stagiaires en soins infirmiers et pluridisciplinaires
Direction de l'enseignement et des affaires universitaires

Moi, _____, stagiaire à l'IUCPQ, m'engage à respecter les politiques et procédures en vigueur dans mon milieu de stage.

De plus, je m'engage à agir au meilleur de ma connaissance afin d'assurer la sécurité des usagers et de prévenir et contrôler les infections nosocomiales.

Je m'engage à:

- Me laver les mains devant l'utilisateur au moment 1 de l'hygiène des mains;
- Me laver les mains avant et après le port des gants;
- Nettoyer et désinfecter le matériel de soins partagé entre chaque usager;
- Éviter de déposer du matériel de soins sur le sol;
- Respecter les précautions de base et les précautions additionnelles, lorsqu'indiquées.

En cochant, je comprends que cette action remplace et tient lieu de signature.

J'accepte Je refuse

J'enregistre le formulaire et je le retourne par courriel à l'adresse suivante : iucpq.enseignement@ssss.gouv.qc.ca

OU

J'imprime, signe le présent formulaire, le numérise et le retourne par courriel à l'adresse ci-dessus.

Signature du stagiaire

Date