



uOttawa

Gestion du risque, stage clinique

Autorisation de divulguer des renseignements

Programme				
Médecine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Études de 1 ^{er} cycle <input type="checkbox"/> Études de 1 ^{er} cycle, stage au choix (sélectionner le volet) : <input type="checkbox"/> Étudiant visiteur en médecine <input type="checkbox"/> Étudiant canadien à l'étranger <input type="checkbox"/> Étudiant international <input type="checkbox"/> Études postdoctorales <input type="checkbox"/> Études postdoctorales, stage au choix	Pharmacie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Études de 1 ^{er} cycle	Sciences infirmières <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Programme général (sélectionner le campus) : <input type="checkbox"/> Ottawa <input type="checkbox"/> Woodroffe <input type="checkbox"/> Pembroke <input type="checkbox"/> Passerelle <input type="checkbox"/> Préalables universitaires <input type="checkbox"/> Programme d'études supérieures (M.Sc.Inf.) <input type="checkbox"/> Diplôme en SSPiIP	Réadaptation <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Audiologie <input type="checkbox"/> Ergothérapie <input type="checkbox"/> Physiothérapie <input type="checkbox"/> Orthophonie	Nutrition <input type="checkbox"/> Activité physique <input type="checkbox"/>
Nom de famille : _____		Prénom : _____		
Numéro d'étudiant : _____		Année d'admission : _____		
Courriel : _____		Téléphone : _____		
Date de naissance (aa/mm/jj) : ____ / ____ / ____				
<p>Je comprends qu'il m'incombe d'informer l'équipe de la gestion du risque des stages cliniques, ma coordonnatrice ou mon coordonnateur de stage et l'établissement d'accueil de toute maladie transmissible, de tout besoin particulier ou de tout problème de santé qui pourrait présenter un risque pour moi ou les autres au cours de mon stage. Mes renseignements personnels sont recueillis afin d'assurer la santé et la sécurité pour les autres sur le campus, sur le site médical ou à l'établissement d'accueil, ainsi que la continuité de l'apprentissage et du travail à l'Université et dans le site médical, ou comme le prévoit la loi. L'équipe de la gestion du risque des stages cliniques préservera la confidentialité de mes renseignements personnels figurant dans le <i>Dossier des exigences de stage clinique</i>.</p> <p>Pour la durée du programme, j'autorise la divulgation de renseignements à l'établissement d'accueil où une exposition en milieu de travail est survenue (sur demande), sur le site médical (au besoin) de même qu'au décanat de la faculté où j'étudie et/ou à la coordonnatrice ou au coordonnateur de stage, aux fins susmentionnées.</p> <p>Je sais que si j'ai des antécédents dignes de mention dans la vérification du dossier de police ou dans mon autodéclaration pour un travail auprès de personnes vulnérables, tous les documents à l'appui seront transmis à la personne responsable de leur examen au sein de la faculté ou de l'école. L'Université se réserve le droit de révoquer une offre d'admission et/ou une inscription à tout moment, à la lumière des résultats de la vérification du dossier de police.</p>				
Signature: _____				
Date (aa/mm/jj): ____ / ____ / ____				

Veillez envoyer le formulaire dûment rempli par courriel à votre conseillère de la gestion du risque de l'université d'Ottawa.