



uOttawa

Gestion du risque, stage clinique

AUTO-DÉCLARATION

VÉRIFICATION D'ANTÉCÉDENTS JUDICIAIRES AUPRÈS DE PERSONNES VULNÉRABLES POUR LES ÉTUDIANTS VISITEURS EN MÉDECINE ET ÉTUDIANTS CANADIENS À L'ÉTRANGER

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Numéro d'étudiant(e) : _____ Date de naissance (aaaa-mm-jj) : ____/____/____

Courriel : _____ Année d'admission: _____

DÉCLARATION

Veillez cocher les cases appropriées.

Est-ce que l'une ou plusieurs des situations suivantes s'appliquent à vous, que ce soit au Canada ou ailleurs?

1. OUI NON Avez-vous jamais été condamné pour une infraction criminelle pour laquelle vous n'avez pas reçu de pardon?

Si « OUI », veuillez fournir les renseignements suivants pour chaque infraction : (a) nom de l'infraction; (b) date et lieu de la condamnation; (c) peine imposée.

2. OUI NON Est-ce que des accusations criminelles pèsent contre vous?

Par « criminelles » nous entendons une infraction ou un chef d'accusation selon le Code pénal du Canada ou sous toute autre législation fédérale (y compris celle qui se rapporte au droit fiscal et militaire, et aux lois sur les drogues), ou son équivalent à l'étranger.

Si « OUI », veuillez fournir les détails sur l'infraction ou l'accusation.

3. OUI NON Avez-vous jamais fait l'objet d'une action disciplinaire relative à votre association, présente ou passée, avec un organisme professionnel?

Si « OUI », veuillez fournir les détails.

Si vous avez répondu « OUI » à une ou plusieurs de ces questions, vous devez fournir tous les détails sur chacun des incidents dans un document à part que vous devrez envoyer avec le présent formulaire par courriel à la Faculté de médecine, gestion du risque stage clinique (FdM GRSC) au VMS_CSA_Immunise@uottawa.ca dans les cinq jours suivant l'achèvement de l'auto-déclaration.

J'atteste que les renseignements fournis ci-dessus sont véridiques et actuels. Je comprends que je suis dans l'obligation d'informer la FdM GRSC si jamais un quelconque changement survient, au cours de



uOttawa

Gestion du risque, stage clinique

ma formation à l'Université d'Ottawa, concernant le statut de mon rapport de la vérification d'antécédents judiciaires auprès de personnes vulnérables.

Veillez noter que s'il s'avère par la suite que le présent formulaire contient des renseignements faux ou trompeurs, ou délibérément omis, votre demande de stage au choix peut être refusée ou révoquée.

À la demande de l'Université, je consens à faire une demande de vérification d'antécédents judiciaires auprès de personnes vulnérables, dont j'assumerai les frais, et je m'engage à fournir le rapport écrit de ladite vérification à l'Université. Je consens en outre à ce que l'Université divulgue les renseignements que j'ai fournis sur le présent formulaire ou celles qui résultent de la vérification susmentionnée aux autres établissements et aux organismes qui sont impliqués dans mon stage pendant ma formation à l'Université.

Signature : _____ Date (aaaa-mm-jj) : ____/____/____

Veillez joindre ce formulaire dûment rempli à votre demande de stage au choix.

Si vous avez besoin d'autres renseignements, veuillez communiquer votre conseillère de la FdM GRSC de l'université d'Ottawa au VMS_CSA_Immunise@uottawa.ca.