



uOttawa

Student Placement Risk Management

Autorisation de divulguer des renseignements

Programme				
Médecine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Études de 1 ^{er} cycle <input type="checkbox"/> Études postdoctorales <input type="checkbox"/> Études postdoctorales, stage au choix <input type="checkbox"/> Étudiant visiteur en médecine <input type="checkbox"/> Étudiant canadien à l'étranger	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	Éducation <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Études de 1 ^{er} cycle <input type="checkbox"/> Maîtrise en éducation en psychologie du conseil	Sciences Sociales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Psychologie clinique <input type="checkbox"/> Service social
		Nutrition <input type="checkbox"/>	Sciences <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Technologie médicale en ophtalmologie	Activité physique <input type="checkbox"/>

Nom de famille : _____ Prénom : _____
 Numéro d'étudiant : _____ Année d'admission : _____
 Courriel : _____ Téléphone : _____
 Date de naissance (aa/mm/jj) : ____/____/____ Homme Femme Non-Binaire

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 *Dossier des exigences de stage clinique*.

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.

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.

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.