



uOttawa

Gestion du risque, stage clinique

Autorisation de divulguer des renseignements

Programme			
Médecine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Études de 1er cycle <input type="checkbox"/> Études postdoctorales <input type="checkbox"/> Études postdoctorales stage au choix <input type="checkbox"/> Étudiant visiteur en médecine <input type="checkbox"/> Canadien étudiant à l'étranger	Sciences infirmières <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bacc. Général (sélectionner campus): <input type="checkbox"/> Ottawa <input type="checkbox"/> Woodroffe <input type="checkbox"/> Pembroke <input type="checkbox"/> Infirmiers(ères) autorisés <input type="checkbox"/> M.Sc.(Sc. Inf) <input type="checkbox"/> SSPIIP <input type="checkbox"/> Passerelle <input type="checkbox"/> Préalables universitaires	Réadaptation <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Audiologie <input type="checkbox"/> Ergothérapie <input type="checkbox"/> Physiothérapie <input type="checkbox"/> Orthophonie <input type="checkbox"/> Études auditives verbales	Activité physique <input type="checkbox"/> Nutrition <input type="checkbox"/>
Nom: _____		Prénom: _____	
Numéro d'étudiant: _____		Année d'admission: 20 _____	
Courriel: _____			
Date de naissance (aa/mm/jj): _____/_____/_____		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	

Je comprends qu'il est de ma responsabilité de déclarer au personnel autorisé toute maladie contagieuse, tout besoin particulier ou tout état pathologique pouvant présenter un risque pour ma santé ou celle des autres au cours de mes stages cliniques. Les renseignements personnels apparaissant sur le présent formulaire seront conservés par l'Équipe de la gestion du risque, stage clinique, pour l'utilisation dans les milieux cliniques. En l'occurrence et pour toute la durée du programme, j'autorise la transmission de mon *Dossier des exigences de stage clinique* : a) au milieu clinique d'exposition professionnelle; b) au milieu clinique ou à l'établissement de santé où je reçois des traitements médicaux; c) au milieu clinique où je poursuis ma formation pratique.

Je sais que si j'ai des antécédents dignes de mention dans les dossiers de police, le rapport de vérification ou la déclaration pour le service auprès du secteur vulnérable et tous les documents connexes seront transmis à la personne responsable à la Faculté ou à l'École, aux fins d'examen. L'Université se réserve le droit de révoquer une offre d'admission ou une inscription à tout moment, selon les résultats de la vérification.

Signature: _____

Date (aa/mm/jj): _____/_____/_____

Veillez envoyer le formulaire dûment rempli à la personne responsable au Bureau de la gestion du risque : <http://www.uottawa.ca/services/sesst/GRSC.html>