

**CONSENTEMENT À L'UTILISATION DU COURRIEL PERSONNEL  
POUR LA TRANSMISSION DE DOCUMENTS  
ENTRE UN EMPLOYÉ ET LE SERVICE DE SANTÉ-SÉCURITÉ ET QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL**

Je comprends qu'il existe des risques associés à l'utilisation d'un moyen de communication électronique (divulgaration à un tiers, introduction d'un logiciel malveillant, d'interception, de rediriger, de mise en mémoire, de modification etc.)

Je comprends que malgré tous les efforts réalisés par le CHU de Québec – Université Laval pour protéger les communications, il n'est pas possible de sécuriser totalement les renseignements transmis.

Je comprends que le CHU de Québec – Université Laval ne peut être tenu responsable de la perte d'Information pour toute cause attribuable au logiciel ou au fournisseur de service internet de l'employé.

Je comprends que le SSSQVT doit s'assurer de votre identification suite à la réception d'une première communication ou avant de vous transmettre une première communication.

Je comprends qu'il est possible de mettre un terme en tout temps à mon consentement sur préavis écrit au SSSQVT.

Après avoir pris en considération ce qui précède,

Je consens à communiquer et à recevoir des renseignements confidentiels par courriel à l'adresse électronique suivante : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Nom et prénom de l'employé	
Matricule	
Téléphone :	

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

RÉSERVER AU SSSQVT	
Date de vérification de l'identité de l'employé	
Signature du vérificateur	