

ACCORD DE CONFIDENTIALITÉ DU CENTRE REGAIN DE VIE **(Membre du CA)**

Je, _____ reconnais avoir été informé(e) par le *Centre Regain de vie*, que j'ai l'obligation professionnelle et légale de protéger le caractère privé et la confidentialité de tous les renseignements liés à l'exercice de mon travail qui entrent en ma possession.

Constituent notamment des renseignements confidentiels : les informations des employés, les informations des clients, les renseignements écrits au sujet des employé(e)s qui sont consignés dans les dossiers, les demandes de subvention, les stratégies des campagnes de financement et documents du *Centre Regain de vie*, les listes de clients et de donateurs, les manuels sur les politiques ou autres manuels du *Centre Regain de vie*, ainsi que les modèles informatisés de documents.

Je reconnais avoir la responsabilité de protéger la confidentialité de tous les renseignements obtenus au sujet de clients dont la confidentialité doit être assurée et qui doivent être protégés en conformité avec les politiques du Centre Regain de vie.

Je m'engage, pendant que je suis membre du conseil d'administration du *Centre Regain de vie* et après la date de cessation de mon mandat au *Centre Regain de vie*, quelle que soit la raison de la cessation de mon mandat à ne communiquer à personne des renseignements confidentiels, à moins d'y être expressément autorisé(e).

Je reconnais en outre avoir lu et bien compris les politiques du *Centre Regain de vie* au sujet de la protection des renseignements personnels et de la confidentialité, je m'engage à m'y conformer et je comprends qu'en cas de manquement à cet engagement, je pourrai être congédié(e) de mon poste d'administrateur.

Signature de l'administrateur : _____

Date : _____