

LE CONSEIL MÉDICAL DU CANADA CONSENTEMENT À LA DIVULGATION D'INFORMATIONS AYANT TRAIT À LA VÉRIFICATION DE TITRES DE COMPÉTENCES

Tous les candidats soumettant une Demande de vérification à la source (« **DVS** ») doivent remplir et signer le présent formulaire de Consentement à la divulgation d'informations ayant trait à la vérification de titres de compétences (« **Consentement** ») du Conseil médical du Canada (« **CMC** ») chaque fois qu'ils soumettent une DVS.

Vérification des titres de compétences : J'autorise par la présente le CMC à présenter toute documentation et toute information qui lui auront été fournies, par moi-même ou en mon nom, à l'appui de mes titres de compétences en médecine, y compris mes informations personnelles au sens défini dans la [Politique sur la protection des renseignements personnels du CMC](#) (« **informations personnelles** » dans le présent Consentement), à l'Educational Commission for Foreign Medical Graduates International Credentials Services (« **ECFMG/EICS** ») aux fins de vérifications et/ou vérification à la source relativement à ma DVS. J'autorise aussi l'ECFMG/EICS à conserver ces informations dans sa base de données, uniquement afin de : a) répondre à de nouvelles demandes de vérification et/ou de vérification à la source présentées par le CMC concernant ma DVS; b) répondre à toute autre demande envoyée à l'ECFMG/EICS par toute autre autorité compétente que le CMC avec mon autorisation ou que j'ai envoyée directement à l'ECFMG/EICS afin de vérifier et/ou de vérifier à la source mes titres de compétences; et c) accéder à l'interne aux données autres que des informations personnelles afin de vérifier les titres de compétences de personnes autre que moi de temps à autre.

J'autorise toutes les personnes, institutions, autorités responsables de l'enseignement médical, de la formation médicale, de l'octroi du permis d'exercice de la médecine et de la vérification des titres de compétences de tous les États, provinces ou pays où je suis ou ai été titulaire d'un permis d'exercice de ma profession, les hôpitaux, les cliniques et les autres établissements médicaux, les organisations gouvernementales (locales, étatiques, provinciales, fédérales et étrangères), les agences policières ou les autres tiers et organisations ainsi que leurs représentants, à communiquer les informations, les dossiers, les relevés de notes et les autres documents qui ont trait à mes qualifications professionnelles et à mes compétences, à mon comportement éthique et à mon caractère ainsi que toute autre information à mon sujet au CMC ou directement à l'ECFMG/EICS, au 3624 Market Street, Philadelphie, PA 19104, États-Unis. Il est entendu que toute information, tout document ou tout dossier à mon sujet se trouvant déjà en la possession du CMC, y compris mes informations personnelles, peuvent être utilisés par le CMC aux fins de vérification de mes titres de compétences et être assujettis au présent Consentement.

Je confirme et conviens que les informations, les documents et les dossiers demandés par le CMC ou par l'ECFMG/EICS et qui doivent être fournis par tout(e) autre organisation, institution d'enseignement, hôpital, personne ou groupe de personnes doivent être envoyés par ces personnes ou organisations directement au CMC ou à l'ECFMG/EICS et que ni le CMC ni l'ECFMG/EICS n'accepteront de telles informations, tels dossiers ou tels documents envoyés par moi-même.

L'ECFMG/EICS, société constituée aux États-Unis, est assujettie à la USA Patriot Act. D'après les dispositions de la USA Patriot Act, l'ECFMG/EICS pourrait être tenue de fournir l'accès aux informations et à la documentation des candidats du CMC que le CMC aura soumis à l'ECFMG/EICS, si une ou plusieurs autorités gouvernementales autorisées en vertu de la USA Patriot Act le demandent. De plus, cette loi interdit à l'ECFMG/EICS de divulguer que tel accès a été donné.

Immunité et exonération : Par la présente, j'accorde immunité absolue à, et j'exonère de toute responsabilité et tiens indemnes et à couvert :

- (1) l'ECFMG/EICS et le CMC ainsi que leurs employés, mandataires, représentants, membres, directeurs et dirigeants respectifs;
- (2) les personnes, institutions, autorités responsables de l'enseignement médical, de la formation médicale, de l'octroi du permis d'exercice de la médecine et de la vérification des titres de compétences, et les hôpitaux, cliniques et autres établissements médicaux, les organisations gouvernementales (locales, étatiques, provinciales, fédérales et étrangères) et les agences d'application de la loi qui fournissent des renseignements en vertu des modalités et conditions relatives au présent Consentement, ainsi que leurs employés, mandataires, représentants, membres, directeurs et dirigeants respectifs;
- (3) les tiers et les organisations, ainsi que leurs employés, mandataires, représentants, membres, directeurs et dirigeants respectifs;

(collectivement le « **Groupe CMC** »), quant aux actions, communications, rapports, dossiers, diplômes, relevés de notes, déclarations, documents, recommandations ou divulgations à mon sujet, faits de bonne foi et sans malveillance, demandés ou reçus par tout membre du Groupe CMC.

Toute photocopie ou télécopie du présent formulaire de Consentement sera aussi valide que l'original et ce, à partir de la date à laquelle il fut signé.

En caractères d'imprimerie ou dactylographiés (prénom(s) et nom de famille)

Date du jour (aaaa/mm/jj)

Signature