***Avis de non-responsabilité :*** *La présente entente se veut un modèle destiné à aider les médecins à l’embauche d’un(e) employé(e). Elle ne traite pas ni n’est destinée à traiter des diverses questions juridiques, professionnelles et commerciales se rattachant à l’exploitation d’un cabinet, et ne doit pas être considérée comme un conseil juridique.*

**ENTENTE DE CONFIDENTIALITÉ DE L’EMPLOYÉ(E)**

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, au Nouveau-Brunswick, en contrepartie de l’emploi qui m’est offert par [NOM DU CABINET] (le « **cabinet**») – ci-après, l’« **emploi**» –, et moyennant toute autre contrepartie à titre onéreux et valable (dont la réception et la suffisance sont reconnues par les présentes), conviens de ce qui suit :

1. Je comprends qu’au cours de mon emploi au cabinet, j’aurai connaissance de renseignements relatifs aux activités et aux affaires de ce dernier, y compris des renseignements privés et personnels de ses patient(e)s et des tiers qui pourraient, de temps à autre, traiter avec lui (renseignements collectivement désignés aux présentes comme les « **renseignements** »), ou de tels renseignements me seront rendus accessibles. Les renseignements, quelle que soit la forme sous laquelle ils sont consignés, transmis, observés ou exprimés ou dans laquelle ils pourraient être convertis ou transcrits, comprennent, sans s’y limiter, les renseignements et données écrits et stockés ou accessibles électroniquement, y compris le nom et l’identité de tous ces patient(e)s et tiers.
2. Je reconnais que tous les renseignements sont strictement confidentiels et je m’engage à ne jamais les utiliser ni les communiquer à quelque personne ou entité que ce soit, sauf avec le consentement écrit exprès du cabinet ou du (de la) patient(e), ou dans la mesure exigée par la loi.
3. Je reconnais et je conviens que mon obligation de confidentialité en vertu du paragraphe 2 est d’une durée indéterminée, et je m’engage à ne jamais communiquer de renseignements à une personne ou à une entité, sauf avec le consentement écrit exprès du cabinet ou du (de la) patient(e), ou si la loi l’exige.
4. Je m’engage à ne distribuer, ne modifier, ne copier, n’interférer avec et ne détruire aucun renseignement, sauf conformément au consentement écrit exprès du cabinet ou du (de la) patient(e).
5. Je m’engage à faire preuve d’une extrême prudence et à prendre toutes les mesures pour protéger la confidentialité de toute partie des renseignements qui pourrait entrer en ma possession, à quelque moment que ce soit et en tout lieu, en particulier lorsque j’utilise tout type d’appareil électronique ou que j’exerce mes fonctions hors du bureau (cabinet).
6. Je comprends et je conviens que le respect de la présente entente constitue une condition de mon emploi au cabinet, et que toute violation, même mineure des conditions qui y sont énoncées pourrait entraîner mon licenciement sans préavis du cabinet.
7. La présente entente est régie et interprétée conformément aux lois du Nouveau-Brunswick et aux lois du Canada qui s’y appliquent.
8. Les engagements énoncés aux présentes sont séparés et séparables, et l’inapplicabilité d’un engagement donné n’affectera en rien les dispositions de tout autre engagement. Si, par ailleurs, un tribunal détermine que les restrictions énoncées aux présentes sont déraisonnables, les parties conviennent que ces restrictions seront appliquées dans toute la mesure que le tribunal juge raisonnable, et l’entente sera ainsi réformée.
9. J’ai été informé(e) que j’ai le droit d’obtenir des conseils juridiques indépendants avant de signer la présente entente.

SIGNÉ à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Nouveau-Brunswick, ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature de l’employé(e) Témoin