

Annexe I – Engagement et affirmation du membre

Je, soussigné(e), _____ [prénom et nom en lettres moulées],
membre du conseil d'administration de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie
de Québec – Université Laval, déclare avoir pris connaissance du Code d'éthique et de
déontologie des administrateurs, adopté par le conseil d'administration le _____,
en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié par chacune des dispositions tout comme
s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers le
_____.

Dans cet esprit, j'affirme solennellement remplir fidèlement, impartialement, honnêtement au
meilleur de ma capacité et de mes connaissances, tous les devoirs de ma fonction et d'en
exercer de même tous les pouvoirs.

J'affirme solennellement que je n'accepterai aucune somme d'argent ou considération
quelconque, pour ce que j'aurai accompli dans l'exercice de mes fonctions, autre que la
rémunération et le remboursement de mes dépenses allouées conformément à la loi. Je
m'engage à ne révéler et à ne laisser connaître, sans y être autorisé par la loi, aucun
renseignement ni document de nature confidentielle dont j'aurai connaissance, dans l'exercice
de mes fonctions.

En foi de quoi, j'ai _____, pris connaissance du Code d'éthique et de
déontologie des administrateurs de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de
Québec – Université Laval et je m'engage à m'y conformer.

_____	_____	_____
Signature	Date [aaaa-mm-jj]	Lieu
_____	_____	
Nom du commissaire à l'assermentation	Signature	

Annexe II – Avis de bris du statut d’indépendance

AVIS SIGNÉ

Je, soussigné(e), _____ [*prénom et nom en lettres moulées*], déclare par la présente, croire être dans une situation susceptible d’affecter mon statut de membre indépendant au sein du conseil d’administration de l’Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval due aux faits suivants :

Signature

Date [*aaaa-mm-jj*]

Lieu

Annexe III – Déclaration des intérêts du membre – **FORMULAIRE DÉTAILLÉ**

❖ IDENTIFICATION DE LA PERSONNE CONCERNÉE

Nom :		Lien :	
-------	--	--------	--

❖ IDENTIFICATION DE L'ENTITÉ

Nom complet de l'entreprise, de l'association ou de l'organisme à but lucratif ou sans but lucratif (ci-après « l'entité ») :	
Adresse :	

❖ SECTION À COMPLÉTER SI LA PERSONNE CONCERNÉE DÉTIENT DES INTÉRÊTS PÉCUNIAIRES

Nature de l'intérêt détenu :	
------------------------------	--

❖ SECTION À COMPLÉTER SI LA PERSONNE CONCERNÉE AGIT À TITRE D'ADMINISTRATEUR

Fonction occupée :	
--------------------	--

❖ SECTION À COMPLÉTER PAR LA **DIRECTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES ET DE LA LOGISTIQUE**

Numéro du Registre des entreprises du Québec, le cas échéant (CIDREQ) :			
Activité de l'entité :			
Sources de revenu de l'entité :			
Valeur de l'intérêt :		Quote-part :	

Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général

Je, _____ [prénom et nom en lettres moulées], membre du conseil d'administration de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval, déclare les éléments suivants :

Moi, mon conjoint ou enfant(s) à charge détenons des intérêts pécuniaires d'au moins 10 % dans les personnes morales, sociétés ou entreprises qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'établissement, identifiées ci-après ou agissons à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après :

Membre	<input type="checkbox"/> Oui (complétez la section ci-dessous et le formulaire détaillé ci-annexé)	<input type="checkbox"/> Non
Conjoint	<input type="checkbox"/> Oui (complétez la section ci-dessous et le formulaire détaillé ci-annexé)	<input type="checkbox"/> Non
Enfant(s) à charge	<input type="checkbox"/> Oui (complétez la section ci-dessous et le formulaire détaillé ci-annexé)	<input type="checkbox"/> Non

❖ Intérêts pécuniaires

Moi, mon conjoint ou enfant(s) à charge détenons des intérêts pécuniaires d'au moins 10 % dans les personnes morales, sociétés ou entreprises qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'établissement, identifiées ci-dessous [nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées] :

Nom de l'entité		Nom de la personne concernée
<i>Veuillez compléter le formulaire détaillé à la page suivante pour chacune des entités</i>		
1.		
2.		
3.		
4.		

❖ Titre d'administrateur

Moi, mon conjoint ou enfant(s) à charge agissons à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-dessous, autre que mon mandat comme membre du _____ de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec–Université Laval [nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés] :

Nom de l'entité		Nom de la personne concernée
<i>Veuillez compléter le formulaire détaillé à la page suivante pour chacune des entités</i>		
1.		
2.		
3.		
4.		

❖ Emploi

« Le président-directeur général et le président-directeur général adjoint d'un centre intégré de santé et de services sociaux ou d'un établissement non fusionné doivent s'occuper exclusivement du travail de l'établissement et des devoirs de leur fonction.

Ils peuvent toutefois, avec le consentement du ministre, exercer d'autres activités professionnelles qu'elles soient ou non rémunérées. Ils peuvent aussi exercer tout mandat que le ministre leur confie. » (art. 37, RLRQ, chapitre O-7.2).

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval et je m'engage à m'y conformer.

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

*CE FORMULAIRE EST ÉGALEMENT UTILISÉ POUR LA DÉCLARATION ANNUELLE DES MEMBRES DU COMITÉ DE DIRECTION

Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général – **FORMULAIRE DÉTAILLÉ**

❖ IDENTIFICATION DE LA PERSONNE CONCERNÉE

Nom :		Lien :	
-------	--	--------	--

❖ IDENTIFICATION DE L'ENTITÉ

Nom complet de l'entreprise, de l'association ou de l'organisme à but lucratif ou sans but lucratif (ci-après « l'entité ») :	
Adresse :	

❖ SECTION À COMPLÉTER SI LA PERSONNE CONCERNÉE DÉTIENT DES INTÉRÊTS PÉCUNIAIRES

Nature de l'intérêt détenu :	
------------------------------	--

❖ SECTION À COMPLÉTER SI LA PERSONNE CONCERNÉE AGIT À TITRE D'ADMINISTRATEUR

Fonction occupée :	
--------------------	--

❖ SECTION À COMPLÉTER PAR LA **DIRECTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES ET DE LA LOGISTIQUE**

Numéro du Registre des entreprises du Québec, le cas échéant (CIDREQ) :			
Activité de l'entité :			
Sources de revenu de l'entité :			
Valeur de l'intérêt :		Quote-part :	

Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts

Je, soussigné(e), _____ [*prénom et nom en lettres moulées*], membre du conseil d'administration du _____ déclare par la présente, croire être en conflit d'intérêts en regard des faits suivants :

Signature

Date [*aaaa-mm-jj*]

Lieu

Annexe VI – Signalement d’une situation de conflits d’intérêts

Je soussigné(e), _____, estime que le membre suivant : _____, est en situation de conflit d’intérêts apparent, réel ou potentiel en regard des faits suivants :

Je demande que le conseil d’administration adresse ce signalement au comité de gouvernance et d’éthique pour analyse et recommandation, et je comprends que certaines informations fournies dans ce formulaire constituent des renseignements personnels protégés par la *Loi sur l’accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* (RLRQ, chapitre A-2.1).

Je consens à leur utilisation aux seules fins d’examiner s’il existe ou non une situation de conflit d’intérêts apparente, réelle ou potentielle.

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen

Je, soussigné(e), _____, affirme solennellement que je ne révélerai et ne ferai connaître, sans y être autorisé par la loi, quoi que ce soit dont j'aurai eu connaissance dans l'exercice de mes fonctions d'administrateur.

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu