



DÉCLARATION SOUS SERMENT

Croyances religieuses

DÉCLARATION SOUS SERMENT DE _____ (nom)

Je soussigné(e), _____ (nom au complet), actuellement employé comme _____ (poste) au/à _____ (ministère) au sein de la fonction publique fédérale, DÉCLARE SOUS SERMENT (OU AFFIRME SOLENNELLEMENT) :

que les exigences de la *Politique sur la vaccination pour l'Administration publique centrale*

1. vont à l'encontre de mes croyances ou pratiques religieuses sincères qui m'interdisent de recevoir le vaccin contre la COVID-19;
2. que la nature de ces croyances ou pratiques religieuses sincères est la suivante (*veuillez décrire les raisons pour lesquelles vos croyances religieuses vous interdisent de recevoir le vaccin contre la COVID-19*).

a. _____

Déclaré sous serment ou affirmé solennellement
devant moi à _____ (ville
ou village, *etc.*), dans le
_____ (comté ou
district, *etc.*) le
_____ (*date*).

Commissaire aux déclarations sous serment

Nom en lettres moulées du commissaire aux
déclarations sous serment

Signature du déposant

**LA DÉCLARATION SOUS SERMENT DOIT ÊTRE SIGNÉE DEVANT UN COMMISSAIRE AUX
DÉCLARATIONS SOUS SERMENT.**

**DÉPOSER SOUS SERMENT EN TOUTE CONNAISSANCE DE CAUSE UNE FAUSSE
DÉCLARATION CONSTITUE UNE INFRACTION CRIMINELLE.**

Déclaration de l'employé

Énoncé de confidentialité

Le but de la collecte et de l'utilisation de ces renseignements est de remplir la responsabilité de votre employeur d'assurer la santé et la sécurité des employés. Il s'agit d'une exigence en vertu de l'article 124, partie II du Code canadien du travail et de la Politique de vaccination de l'administration publique centrale. Les renseignements personnels sont recueillis conformément aux articles 7 et 11.1 de la *Loi sur la gestion des finances publiques* et conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Les renseignements fournis dans ce formulaire serviront aux fins de l'examen de votre demande de mesures d'adaptation conformément à la politique de vaccination et à la Directive sur l'obligation de prendre des mesures d'adaptation.

Les renseignements personnels seront utilisés pour déterminer le contexte de votre demande de mesure d'adaptation. L'ensemble de vos renseignements personnels (que vous soyez vacciné ou non et quelques soient les mesures d'adaptation en place pour soutenir votre emploi) seront aussi utilisés par votre organisme et le SCT afin d'effectuer la surveillance et de rendre compte sur les effets globaux de la COVID-19 ainsi que sur la conformité au programme de vaccination au sein de l'organisme et de l'administration publique centrale, tel que décrit dans le fichier de renseignements personnels ordinaires PSE 907, [Santé et sécurité au travail](#).

Le refus de fournir les renseignements demandés pour appuyer votre demande en matière de mesures d'adaptation pourrait entraîner des mesures administratives tel qu'indiqué dans la Politique de vaccination.

Destruction précoce des renseignements personnels

Vous pouvez consentir à la destruction de cette déclaration sous serment avant les périodes de conservation énoncées conformément à l'article 4(1)(a) du *Règlement sur la protection de la vie privée* une fois que la décision finale sur les mesures d'adaptation a été communiquée. Si vous ne consentez pas à la destruction précoce, l'information sera conservée conformément au calendrier ministériel de conservation :

- Je consens à la destruction précoce
- Je ne consens pas à la destruction précoce

Aux termes de la [Loi sur la protection des renseignements personnels](#), vous avez le droit d'accéder à vos renseignements personnels et de demander d'y apporter des corrections. Si vous souhaitez exercer vos droits en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels* ou si vous avez des questions au sujet de la présente déclaration, veuillez communiquer avec le [Bureau de l'AIPRP](#) de votre organisation. Vous avez le droit de déposer une plainte auprès du [Commissariat à la protection de la vie privée du Canada](#) au sujet du traitement de vos renseignements personnels.

RÉSERVÉ AUX RESSOURCES HUMAINES:

Date reçue: (JJ/MM/AA)

Date examinée: (JJ/MM/AA)

Signature de la personne qui a effectué l'examen :

Ce formulaire peut être téléchargé et imprimé pour y apposer une signature, ou signé et soumis électroniquement.