



## DÉCLARATION SOUS SERMENT

### Croyances religieuses

DÉCLARATION SOUS SERMENT DE \_\_\_\_\_ (nom)

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ (nom au complet), actuellement employé  
comme \_\_\_\_\_ (poste) au Conseil national de recherches du Canada, DÉCLARE SOUS  
SERMENT (OU AFFIRME SOLENNELLEMENT) :

1. Les exigences de la *Politique sur la vaccination contre la COVID-19 applicable au Conseil national de recherches du Canada* vont à l'encontre de mes croyances ou pratiques religieuses sincères qui m'interdisent de recevoir le vaccin contre la COVID-19;
  
2. 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.**

*Ce formulaire peut être téléchargé et imprimé pour y apposer une signature, ou signé et rempli  
électroniquement. Envoyez ensuite par courrier électronique, sous forme chiffrée si possible, le  
formulaire rempli au directeur ou à l'échelon supérieur chargé de l'approbation, pour examen.*

## Déclaration de l'employé

## Énoncé de confidentialité

Le but de la collecte et de l'utilisation de ces renseignements est de remplir la responsabilité du Conseil national de recherches du Canada 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 du Conseil national de recherches du Canada. Tous les renseignements personnels sont recueillis et gérés 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'accommodement conformément à la [Loi canadienne sur les droits de la personne](#) et à la Politique sur la vaccination contre la COVID-19 du Conseil national de recherches du Canada.

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 le Conseil national de recherches du Canada 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 du Conseil national de recherches du Canada.

## 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](#) du Conseil national de recherches du Canada. 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 RELATIONS DE TRAVAIL:**

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 rempli électroniquement. Envoyez ensuite par courrier électronique, sous forme chiffrée si possible, le formulaire rempli au directeur ou à l'échelon supérieur chargé de l'approbation, pour examen.*