

ANNEXE A

FORMULAIRE D'ADHÉSION AU CODE D'ÉTHIQUE DES MEMBRES DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ DE L'UNIVERSITÉ DE MONCTON

DESTINATAIRES :

Présidence du Conseil de l'Université de l'Université de Moncton

Présidence du Comité de gouvernance de l'Université de Moncton

Secrétariat général de l'Université de Moncton

J'ai lu attentivement le Code d'éthique des membres du Conseil de l'Université de l'Université de Moncton (le « Code ») et j'affirme ce qui suit :

1. Je comprends et j'accepte qu'à titre de membre du Conseil de l'Université de l'Université de Moncton, j'ai la responsabilité de défendre les intérêts de l'Université. J'accepte de me soumettre à l'application du Code.
2. Je comprends que je dois signaler tout conflit d'intérêts et divulguer la nature et la portée des circonstances. J'ai passé en revue mes activités à la lumière de la définition de conflit d'intérêts énoncée dans le Code et j'ai dressé une liste de ces activités, que j'ai jointe au présent document.
3. Une fois l'an ou à la demande du Conseil de l'Université ou du Comité de gouvernance, je passerai en revue mes activités à la lumière de la définition de conflit d'intérêts contenue dans le Code et dans les *Règles relatives aux conflits d'intérêts* de l'Université et je signerai un document de reconnaissance et d'acceptation des responsabilités. Je m'engage à signaler à la présidence du Conseil de l'Université et à la présidence du Comité de gouvernance, par l'entremise du Secrétariat général, tout changement dans ma situation qui peut susciter un conflit d'intérêts, dès que j'en ai connaissance.
4. Je m'engage à respecter la plus stricte confidentialité à l'égard des renseignements confidentiels ou exclusifs qui me sont communiqués ou divulgués à titre de membre du Conseil de l'Université et à ne les exploiter d'aucune façon. Je reconnaissais que cet engagement en matière de confidentialité continuera de s'appliquer après la fin de mon mandat de membre du Conseil de l'Université.

Fait le 20

Signature : _____

À titre de : gouverneur/gouverneure

ombud

autre personne participante

Titre :

Nom en lettres moulées : _____