Autorisation de divulguer des renseignements personnels sur la santé

en vertu de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé (LPRPS)*

EFFACER LA FORMULE

IMPRIMER LA FORMULE

Autorisation de divulguer des renseignements personnels sur la santé :

☐ Résident

☐ Tuteur (Veuillez fournir les documents démontrant au dépositaire de renseignements sur la santé que vous êtes un tuteur légal autorisé)

Autorisation donnée aux :
Comtés unis de Prescott et Russell
Résidence Prescott et Russell
1020, boulevard Cartier, Hawkesbury ON K6A 1W7
PJuillet@prescott-russell.on.ca

Vos coordonnées :

☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle

Nom de famille : _____

Prénom : _____ Second prénom : _____

Adresse (Rue/No. d'app/C.P./R.R.) : _____ Ville : _____

Province : _____ Code postal : _____

Téléphone (jour) : _____ Téléphone (soir) : _____

Renseignements sur le tuteur légal (si applicable) :

Indiquez le nom du résident : _____

☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle

Nom de famille : _____

Prénom : _____ Second prénom : _____

Adresse : (Rue/No. d'app/C.P./R.R.) : _____ Ville : _____

Province : _____ Code postal : _____

Téléphone (jour) : _____ Téléphone (soir) : _____

Autorisation :

Je, _____ autorise la Résidence Prescott et Russell à divulguer les renseignements personnels sur la santé suivants (fournir une description détaillée des renseignements personnels sur la santé à être divulgués):

_____

_____

_____

À l'individu ou l'organisation suivant(e) : _____

Méthode privilégiée d'accès aux dossiers :	☐ Examen de l'original ☐ Réception d'une copie	Signature :	Date :

Vos questions peuvent être adressées à : PJuillet@prescott-russell.on.ca

Les renseignements personnels sur la santé demandés dans la présente formule sont recueillis en vertu de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé* (la « *Loi* ») et seront utilisés pour répondre à votre demande d'accès en vertu de l'article 54 de la *Loi*. Veuillez adresser vos questions éventuelles sur la collecte de ces renseignements à la personne-ressource responsable de la vie privée du dépositaire de renseignements sur la santé à qui vous faites votre demande d'accès.