

Consentement à la divulgation de renseignements

Identification de la personne concernée

Cette section vise la personne concernée par les renseignements. Tous les champs sont obligatoires.

_____	_____	_____
Nom complet de la personne concernée	Adresse courriel	Numéro de téléphone
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Adresse postale	Date du transport	Lieu du transport

Je, soussigné-e, _____, en ma qualité

personnelle

autre. Préciser (p. ex. curateur, tuteur, titulaire de l'autorité parentale) : _____

autorise Dessercom à faire parvenir à _____, qui peut être contacté aux coordonnées suivantes _____, les renseignements suivants me concernant _____, pour les soins ou services reçus se rapportant à la période suivante : _____ contenus dans le dossier ci-dessus identifié. Je comprends le consentement qui m'est demandé, ses implications et je comprends que je suis libre de refuser d'y consentir. Je consens à ce que Dessercom me contacte pour vérifier la validité de mon consentement, au besoin.

Préciser toute autre instruction relative à l'accès au dossier :

Consentement

Je certifie que je suis apte à consentir selon les lois applicables.

Si je représente une personne, j'ai joint une preuve de ma qualité à consentir pour un tiers

Signature

Date