

Consentement à la Divulgence D'informations



Je, _____
(Nom) consens par la présente au partage bidirectionnel

d'informations entre Developmental Services Ontario – Région du Sud-Ouest et la personne
ou l'organisation suivante:

En ce qui concerne (sélectionnez au moins un):

☐ Moi-Même

Nom: _____ Date de Naissance: _____

☐ Un Adulte ayant une Déficience Intellectuelle

Nom: _____ Date de Naissance: _____

Aux fins de (sélectionnez au moins un):

☐ Confirmation D'éligibilité ☐ Navigation dans les Services

☐ Autre (veuillez préciser) _____

Description des Informations à partager (sélectionnez-en au moins un):

☐ Toute Information Pertinente:

☐ Notamment les Informations Suivantes:

Ce Consentement est valable pour la période suivante (sélectionnez-en une):

- ☐ Un an à compter de la date de signature
- ☐ Autre (précisez la durée à partir de la date de signature) _____
- ☐ Jusqu'à ce que je révoque par écrit

Je comprends que je peux révoquer ce consentement par écrit à tout moment.

Signature

Relation (le cas échéant)

Date