

Consentement à la Divulgation D'informations

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

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 précision) _____

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