

CONSENTEMENT À LA DIVULGATION D'INFORMATIONS PERSONNELLES

DSCIS# _____

Je, _____
(Nom du Client /Gardien (Tuteur) Légal/Subrogé)

du _____
Adresse Ville Province Code Postal

Consens, par la présente, à la divulgation d'informations personnelles au destinataire suivant :

(Nom de la Personne/Agence/Établissement de Santé Demandant l'Information)

Provenant des dossiers appartenant à :

(Nom de l'Agence/Commission Scolaire/Établissement de Santé/Professionnel divulguant l'information)

Concernant _____
(Nom du Client) Date de Naissance (jour/mois /année)

Je comprends que ces informations personnelles ne seront utilisées que par les destinataires dans le but de (ex : évaluation, planification de traitement, coordination de services) Je comprends également que mes informations seront partagées avec les bureaux provinciaux de SOPDI via DSCIS, lorsque nécessaire, afin de faciliter mes demandes de services ou de soutiens. Par exemple, en cas de demande d'intervention urgente en dehors des heures de bureau, ou avec l'agence du Programme de soutien financier Passeport de Toronto.:

(Spécifiez)

Témoïn: _____ Signé par: _____
(Client/Gardien légal /Subrogé)

Date: _____
(Si autre que le client, spécifiez la relation)

Date d'expiration du consentement: _____
(jour/mois/année)

***Ce consentement peut être retiré ou modifié/amendé à tout moment, verbalement ou par écrit, avant la date d'expiration, sauf dans le cas où des actions auraient déjà été prises fondées sur l'autorisation.