

Demande d'accès à des renseignements personnels sur la santé
en vertu de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé***Nom du dépositaire de renseignements personnels sur la santé à qui la demande est adressée :**
Hôpital Montfort 713, chemin Montréal, Ottawa, Ontario K1K 0T2**Vos renseignements :** M. Mme Date de naissance : _____

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ App : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone (jour) : _____ (soir) _____

Renseignements sur le mandataire spécial*, s'il y a lieu :

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ App : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone (jour) : _____ (soir) _____

*Veuillez fournir les documents démontrant que vous êtes un mandataire spécial autorisé, s'il y a lieu.

Veuillez fournir une description détaillée des renseignements personnels sur la santé demandée, ainsi que des indications qui faciliteront leur localisation (p.ex., dates, nom du fournisseur de soins de santé, etc.).*Méthode d'accès aux dossiers :** Réception d'une copie

Signature : _____ Date : _____ (jj/mm/aaaa)

Réservé au dépositaire de renseignements personnels sur la santé :

Date de réception : _____ Numéro de demande : _____ Remarques : _____

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 55 de la Loi. Veuillez adresser vos questions au Service d'accès à l'information et protection de la vie privée au (613) 748-4903.