

AUTORISATION À COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

(Article 53 de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels)

1. Renseignement sur l'utilisateur

Nom de famille et prénom	Date de naissance
Adresse de résidence	

2. Renseignements sur l'identité des personnes autorisées à échanger (recevoir et transmettre) de l'information

Membre du personnel de l'Office municipal d'habitation de Sherbrooke. Nom de famille, prénom et fonction (s'il y a lieu)	Téléphone 819 566-7868
---	----------------------------------

3. Consentement à la communication

Je, _____, consens à ce que les personnes mentionnées ci-dessus, employés de l'Office municipal d'habitation de Sherbrooke, échangent, reçoivent et transmettent, toutes informations, avec les personnes ou institutions du CIUSSS-CHUS, ainsi que tout autre organisme susceptible d'aider à ma situation. Notamment, j'autorise également :

4. Durée du consentement

Cette autorisation est valide tant que j'ai un dossier actif à l'Office municipal d'habitation de Sherbrooke.

5. Signatures

J'ai lu et compris la portée de ce document, _____	_____
Nom en lettres moulées	Signature

	Date