

Nom :		Prénom :	
Adresse :			
		Code postal :	
Téléphone :		Courriel :	

#### AUTORISATION D'ACCÈS À DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Par la présente, je soussigné(e) \_\_\_\_\_, autorise les médecins, les établissements de santé ou de services sociaux, les services policiers, les établissements d'enseignement, les institutions bancaires ou toute autre personne qui détiennent à mon sujet, ou au sujet de mes enfants, des dossiers ou des renseignements à communiquer toutes ces informations au :

**CIUSSS de la Capitale-Nationale 555,  
boulevard Wilfrid-Hamel Québec  
(Québec) G1M 3X7**

Le présent formulaire d'autorisation d'accès à des renseignements est valide jusqu'au classement ou à la fermeture du dossier de ressource de type familial.

Cette autorisation permet également à l'établissement de fournir tous les renseignements contenus dans mon dossier aux personnes responsables du processus d'évaluation d'une ressource de type familial.

Une photocopie de cette autorisation aura la même valeur que l'original.

\_\_\_\_\_  
Nom du postulant (en lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Signature du postulant

\_\_\_\_\_  
Date