

## Formulaire de demande

en vertu de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*

### Type de demande :

- Accès à des documents d'ordre général
- Accès à des renseignements personnels sur soi
- Rectification de renseignements personnels sur soi

### Coordonnées du requérant :

M.     Mme    Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom (s) : \_\_\_\_\_

Adresse : (Rue/N° d'app./C.P/R.R.) \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone (Jour) : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone (Soir) : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

S'il s'agit d'une demande d'accès/de rectification de renseignements personnels sur soi, quel est le nom de famille figurant dans les documents ?  Même que ci-dessus ou : \_\_\_\_\_

### **Détails de la demande**

Description détaillée des documents ou des renseignements personnels demandés ou des renseignements à rectifier. Si vous présentez une demande de rectification de renseignements personnels, indiquez la rectification demandée et annexe les documents à l'appui.

Période visée par la demande : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

### **Mode préféré d'accès aux documents :**

Recevoir une copie  
Les documents sont transmis dans la langue de rédaction.

Signature :

Date :

(jj/mm/aaaa)

### **Païement**

Prière d'inclure les droits de 5 \$ pour chaque demande (comptant, chèque ou mandat-poste).

### **Réservé au dépositaire de renseignements personnels sur la santé :**

Date de réception : \_\_\_\_\_ Numéro de demande : \_\_\_\_\_ Remarques : \_\_\_\_\_