



AUTORISATION ET ORDRE DE COMMUNIQUER LES RENSEIGNEMENTS

À : **Madame, Monsieur**

De :

_____ (votre nom en caractères d'imprimerie)

Date de naissance :

Numéro de votre carte-santé :

PAR LA PRÉSENTE, je vous autorise à communiquer à l'évaluateur et à son équipe, à leur divulguer et à discuter avec eux (qu'ils souhaitent notamment avoir accès à des documents, les examiner, les inspecter ou en faire des copies), à leur demande, tout dossier, rapport, document, correspondance ou information que vous avez sous votre contrôle, qu'ils soient sous forme papier, électronique ou autre, et qui traitent de :

- **Renseignements médicaux** : Tous les rapports médicaux, dossiers médicaux et renseignements sur une médication préexistante, les tests, les dates, les renseignements, les diagnostics, les pronostics, les plans de traitement, les traitements et médications prescrits ou reçus, etc.
- **Renseignements relatifs à l'emploi** : Tous mes dossiers d'emploi, évaluations et notes au dossier, tous les renseignements traitant de ma capacité à reprendre le travail et de mon statut professionnel, y compris la permission de communiquer avec mon employeur passé, actuel ou potentiel.
- **Rapports de police ou d'incident** : Tous les dossiers, y compris la permission de communiquer avec l'agent ou les professionnels qui ont participé à _____.
- **Renseignements financiers, d'assurance et de pensions** : Tous les dossiers, documents, correspondance, déclarations, demandes et formulaires, y compris la permission de communiquer avec un agent, un représentant ou un courtier.

Une photocopie ou une télécopie de la présente autorisation est réputée avoir valeur d'original.

J'ai lu l'autorisation qui précède et j'y consens en y apposant ma signature.

Signature du témoin

Signature de la demanderesse

Date