CONSENTEMENT D'UNE PERSONNE À UN TIERS

Réseau d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington
à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de renseignements personnels
conformément à la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé
à la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée et
à la Loi sur l'accès à l'information municipale et la protection de la vie privée

À : _____ [insérer le nom du tiers à qui les renseignements seront transmis]
Et au : Réseau d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington
Et à/au : _____ [insérer le nom du fournisseur de services de santé]

Je, _____ [insérer le nom du mandataire], autorise _____ [insérer le nom du fournisseur de services de santé] (le « fournisseur de services de santé ») et son personnel, ainsi que le Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington (le « RLISS ») et son personnel, à s'échanger des renseignements personnels sur ma santé et d'utiliser ces renseignements personnels comme ils le jugent approprié, aux fins indiquées ci-dessous et de la façon décrite _____ [insérer le mode de communication, p. ex. par courriel, au téléphone, par écrit ou autre] au RLISS le _____ [insérer la date].

Avis sur les fins et l'autorité légale :

Le RLISS recueille les renseignements mentionnés ci-dessus afin d'examiner plus avant les préo cupations que vous avez soulevées relativement à des services ayant été ou qui seront fournis à _____ [insérer le nom de la personne] par le fournisseur de services de santé, et dans l'accomplissement de ses fonctions et de son mandat en vertu de la Loi de 2006 sur l'intégration du système santé local. Le RLISS se servira uniquement des renseignements aux fins décrites ci-dessus.

Si vous avez des questions au sujet de la collecte et de l'utilisation de ces renseignements personnels ou du formulaire de consentement, veuillez communiquer avec :

Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington
Jill Kolb, Community Engagement Specialist
50, chemin Sportsworld Crossing, édifice Est, bureau 220, Kitchener (Ontario) N2P 0A4
519-650-4472 Poste : 249

Je comprends que je peux refuser de signer le présent formulaire de consentement.

_____ _____
Signature Date

_____
Nom (écrire en lettres moulées)