

# Services de santé de Chapleau Health Services

## Demande de renseignements généraux ou personnels (Page 1 de 2)

**Remarque : Des frais de 5 \$ doivent accompagner ce formulaire de demande de renseignements.**

Voici une demande :

- d'accès aux renseignements généraux
- d'accès à mes renseignements personnels
- de correction de mes renseignements personnels

**Partie A : Renseignements concernant la personne ou l'organisme faisant la demande**

---

Nom de l'entreprise (s'il y a lieu)

---

Nom de famille

---

Prénom

---

Initiales

---

Adresse postale – case postale, rue et ville

---

Province

---

Code postal

---

Numéro de téléphone (jour)

---

Numéro de téléphone (soir)

**Partie B : Renseignements concernant les dossiers demandés**

Veuillez fournir une description détaillée des renseignements généraux ou personnels demandés.

---

---

---

Méthode privilégiée d'accès aux dossiers demandés :

- Examen de l'original
- Réception d'une copie de l'original

---

Les renseignements personnels contenus sur ce formulaire sont recueillis conformément à la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* (LAIPVP) et seront utilisés pour répondre à votre demande de renseignements. Les questions concernant cette collecte de renseignements devraient être adressées à l'agent de protection de la vie privée des Services de santé de Chapleau Health Services.

# **Services de santé de Chapleau Health Services**

## **Demande de renseignements généraux ou personnels (Page 2 de 2)**

### **Partie C : Correction de dossiers**

Pour une demande de correction de renseignements personnels, nous vous demandons d'indiquer la correction à apporter et de joindre toute documentation à l'appui.

---

---

---

---

Souhaitez-vous que les Services de santé de Chapleau Health Services avisent les personnes à qui ces renseignements personnels ont été divulgués au cours de la dernière année de la correction?

Oui       Non

Si votre demande de correction n'est pas acceptée, vous pouvez préparer un énoncé de désaccord concernant les renseignements personnels visés. Souhaitez-vous que les Services de santé de Chapleau Health Services avisent les personnes à qui ces renseignements personnels ont été divulgués au cours de la dernière année de l'énoncé de désaccord?

Oui       Non

---

Signature

---

Date

***Veuillez retourner le formulaire rempli et les frais s'y rattachant aux :***

***Services de santé de Chapleau Health Services  
6, chemin Broomhead, case postale 757  
Chapleau (Ontario) P0M 1K0  
Aux soins de : Agent de protection de la vie privée***

***Veuillez libeller votre chèque au nom des Services de santé de Chapleau Health Services.***

---

Les renseignements personnels contenus sur ce formulaire sont recueillis conformément à la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* (LAIPVP) et seront utilisés pour répondre à votre demande de renseignements. Les questions concernant cette collecte de renseignements devraient être adressées à l'agent de protection de la vie privée des Services de santé de Chapleau Health Services.