

**AUTORISATION DE DIVULGATION  
DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

**Je, soussigné(e) :**

Nom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_  
Code permanent : \_\_\_\_\_

**autorise :**

Nom : \_\_\_\_\_  
Fonction : \_\_\_\_\_

**à divulguer à :**

Nom, titre : \_\_\_\_\_  
Organisme : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_  
Courriel : \_\_\_\_\_

**les renseignements suivants :**

Nommez les documents

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**et pour les fins suivantes :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

***Cette autorisation est valable pour une durée de trente (30) jours.***

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

Les renseignements personnels contenus dans le présent formulaire sont recueillis conformément à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels et serviront à répondre à votre demande.