

**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.