

Formulaire de demande

en vertu de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*.

Le paiement des frais de 5 \$ doit accompagner votre demande.

<u>Demande :</u> <input type="checkbox"/> Accès à des documents d'ordre général <input type="checkbox"/> Accès à des renseignements personnels sur soi <input type="checkbox"/> Rectification de renseignements personnels sur soi	<u>Nom de l'institution à laquelle la demande est présentée :</u> Hôpital Montfort 713 chemin Montréal Ottawa, Ontario K1K 0T2
--	---

<u>Renseignements sur le requérant :</u>	
<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle	Nom de famille : _____
Prénom : _____	Second prénom : _____
Adresse : (Rue/No d'app./C.P/R.R.) _____	Cité ou ville : _____
Province : _____	Code postal : _____
Numéro de téléphone (Jour) : _____	Numéro de téléphone (Soir) : _____

S'il s'agit d'une demande d'accès à des renseignements personnels sur soi ou de rectification de ceux-ci : Nom de famille figurant dans les documents : <input type="checkbox"/> même que ci-dessus ou : _____

Description détaillée des documents ou des renseignements personnels demandés ou des renseignements à rectifier. Si vous présentez une demande d'accès à des renseignements personnels vous concernant ou de rectification de ceux-ci, veuillez indiquer la banque de renseignements personnels ou le document contenant ces renseignements, si vous le savez. Veuillez consulter notre site hopitalmontfort.com sous l'onglet « Accès à l'information / Répertoires de documents généraux et de renseignements personnels » pour faciliter votre démarche. _____ _____ _____
Remarque : Si vous présentez une demande de rectification de renseignements personnels, veuillez indiquer la rectification demandée et, annexer les documents à l'appui. Si la rectification n'est pas effectuée, vous en serez avisé et vous pourrez exiger qu'une déclaration de désaccord soit annexée aux renseignements personnels vous concernant.

Mode préféré d'accès aux documents : <input type="checkbox"/> Consulter l'original <input type="checkbox"/> Recevoir une copie	Signature :	Date : (jj/mm/aaaa)
--	-------------	------------------------

Les documents divulgués sont transmis dans la langue de rédaction.

Les renseignements personnels figurant sur cette formule sont recueillis conformément à la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* et seront utilisés pour donner suite à votre demande. Veuillez adresser vos questions au coordonnateur d'accès à l'information et la protection de la vie privée au (613) 746-4621, poste 2909.

À l'usage exclusif de l'institution		
Date de réception :	Numéro de la demande :	Remarques :