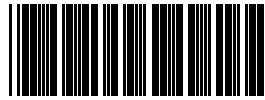


**AUTORISATION
DE COMMUNIQUER
DES RENSEIGNEMENTS
CONTENUS AU DOSSIER**



DT9060

Nom et prénom à la naissance			
Nom actuellement utilisé			
Adresse actuelle de l'utilisateur			
N° de la RAMQ	Date de naissance		
	Année	Mois	Jour

N° de dossier :

Date d'admission :

Nom et prénom du père	Nom et prénom de la mère
Autres noms utilisés antérieurement	

Je, soussigné-e, _____
Nom et adresse

En ma qualité de **Usager** _____
Usager ou personne autorisée

Autorise l'établissement **CISSS de Lanaudière** _____

À faire parvenir à _____

Les renseignements suivants : **Preuves vaccinales COVID-19** _____

Pour les soins ou services reçus se rapportant à la période suivante : **2020-2021** _____

Contenus dans le dossier de l'utilisateur ci-dessus identifié.

Cette autorisation est valable pour une période de **90** jours à compter de la date de la signature de ce document.

Signataire : usager ou personne autorisée

Année	Mois	Jour
Date		

Témoignage à la signature

Année	Mois	Jour
Date		

N.B. : On doit s'assurer que les signataires de cette formule sont autorisés à le faire conformément aux textes législatifs en vigueur. Et le cas échéant, prière de mentionner à quel titre (curateur ou titulaire de l'autorité parentale) la personne est autorisée à signer.