

Autorisation à communiquer des renseignements personnels

J'autorise _____ représentant(e) de _____
_____ à recueillir et communiquer les informations obtenues, concernant ma situation, aux partenaires que j'ai identifié avec lui (elle) pour m'accompagner et participer à mon plan d'intervention dans l'ensemble de mes démarches, ainsi qu'à tout autre intervenant qui pourrait être identifié ultérieurement. Il est entendu que je sera mis au courant de tous les développements concernant mon plan d'intervention.

Il est entendu que je demeure maître d'œuvre de mon plan d'intervention et que je peux mettre fin à ma demande de services en tout temps. J'accepte qu'un suivi soit fait auprès de l'organisme qui m'a référé, c'est-à-dire l'organisme mentionné ci haut.

Je reconnais avoir reçu toutes informations nécessaires pour faire un choix libre et éclairé et que je n'ai subi aucune pression de quelque sorte pour faire mon choix.

Cette autorisation est valide pour une durée maximale de 90 jours à compter de la date de la signature.

Signature de la personne ou de son représentant légal

Date

Numéro de téléphone

Signature du référé

Date

Numéro de téléphone

Je mets fin à cette autorisation

Date