



AUTORISATION DE DIVULGUER DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Je, _____, autorise par la présente la Ville d'Ottawa (Service paramédic d'Ottawa) à divulguer les renseignements personnels suivants me concernant :

(écrire votre nom en lettres moulées)

À la personne ou à l'organisme suivant :

Pour les motifs suivants :

_____ Signature du patient	_____ Date
_____ Nom en lettres moulées	_____ Téléphone

Veillez retourner le présent formulaire rempli à l'adresse suivante :

Service paramédic d'Ottawa
2465, promenade Don Reid
Ottawa (Ontario) K1H 1E2

ou télécopieur : 613-580-2433

**Les documents doivent être pris en personne, avec une carte-photo d'identité.
Sur rendez-vous uniquement – du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h**

Avis concernant la collecte de renseignements personnels
(Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée)
(Loi sur l'accès à l'information municipale et la protection de la vie privée)

Les renseignements recueillis le sont en vertu du pouvoir légal de l'article 6(8) (C) de la *Loi sur les ambulances*, R.S.O. 1990, C.A. 19, modifiée, pour fins de traitement des demandes de renseignements du public concernant le service d'ambulance. Toute question portant sur la collecte de ces renseignements peut être transmise à l'adresse suivante : Services à la clientèle, Service paramédic d'Ottawa, 2465, promenade Don Reid, Ottawa (Ontario) K1C 7J2.

Date de réception du formulaire : _____ aammjj	Identité vérifiée : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Documentation transmise : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Signature du patient : _____	Signature du Service paramédic d'Ottawa : _____
--	--	--	---------------------------------	--