



Un espace vital pour la santé mentale

Formulaire d'autorisation de divulgation de renseignements personnels

Nom et prénom de la personne :	
DDN :	Numéro de téléphone :
Adresse :	

Je, soussigné(e), _____ (Nom, Prénom en lettres moulées)

Autorise _____ intervenant (e) au suivi communautaire du Boulev'Art de la Vallée à communiquer, divulguer et échanger des renseignements pertinents contenu à mon dossier clinique, et ce réciproquement, avec l'organisme, l'établissement, le professionnel de la santé et/ou autre suivant (s) :

Nous nous engageons à le faire dans le respect de votre intégrité et en toute confidentialité.

Ce formulaire est valide pour ___ mois à partir de la date indiquée ci bas. En tout temps, suite à une rencontre avec un intervenant, la personne référée peut mettre fin à cette entente.

Signature de l'usager ou personne autorisée :	
Date :	

Témoin à la signature :	
Date :	