

Demande de rectification de renseignements personnels sur la santé

en vertu de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*

Nom du dépositaire de renseignements sur la santé à qui la demande est adressée :

Vos nom et coordonnées : M. M^{ME} M^{LLE}

Nom de famille _____ Prénom _____

Adresse _____ App. _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone (jour) _____ (soir) _____

Renseignements sur le mandataire spécial* :

Nom de famille _____ Prénom _____

Adresse _____ App. _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone (jour) _____ (soir) _____

* Veuillez fournir les documents montrant au dépositaire de renseignements sur la santé que vous êtes un mandataire spécial autorisé, s'il y a lieu.

Veuillez fournir une description détaillée des renseignements personnels sur la santé auxquels vous avez obtenu accès et dont vous demandez la rectification, les raisons pour lesquelles les renseignements personnels sur la santé sont incomplets ou inexacts et les renseignements nécessaires pour rectifier ces renseignements.

Signature _____ Date _____

Réservé au dépositaire de renseignements sur la santé

Date de réception _____ Numéro de demande _____ Remarques _____

Les renseignements personnels sur la santé demandés dans la présente formule sont recueillis en vertu de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé* (la « Loi ») et seront utilisés pour répondre à votre demande de rectification en vertu de l'article 55 de la *Loi*. Veuillez adresser vos questions éventuelles sur la collecte de ces renseignements à la personne-ressource responsable de la vie privée du dépositaire de renseignements sur la santé à qui vous faites votre demande de rectification.