



# Formule de plainte concernant la collecte, l'utilisation et la divulgation de renseignements

aux termes de la *Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé (LPRPS)*

Nota : Aux termes de la *LPRPS*, un « dépositaire de renseignements sur la santé » désigne une personne ou une organisation qui a la garde ou le contrôle de renseignements personnels sur la santé pour dispenser des soins de santé ou pour des fins connexes.

Veuillez adresser votre plainte à l'attention du **registraire**.

---

## Renseignements vous concernant

Pronoms préférés (facultatif)

Il/lui       Elle/elle       Iel/iel       Autres (préciser) ►

Nom de famille

Prénom

Initiales

Adresse

Unité

Ville

Province

Code postal

Téléphone : Jour

Soir

Courriel

Je consens à ce que l'on communique avec moi à cette adresse de courriel ou à celle de la personne qui me représente. Je reconnais que l'envoi de courriels par Internet présente des risques, les messages pouvant être interceptés ou manipulés et retransmis.

---

## Renseignements sur votre représentant

(s'il y a lieu)

J'autorise la personne suivante à me représenter et à recevoir des renseignements personnels sur la santé me concernant, au besoin, pour les fins de la présente plainte.

Le représentant est :  un avocat     une autre personne

Nom de famille

Prénom

Initiales

Nom de la société, de l'association ou de l'organisation

Adresse

Unité

Ville

Province

Code postal

Téléphone : Jour

Soir

Courriel



## Renseignements sur la personne ou l'organisation visée par la plainte

Nom de la personne ou de l'organisation visée par la plainte

Adresse

Unité

Ville

Province

Code postal

Téléphone

Courriel

---

### Consentement relatif aux renseignements personnels sur la santé qui vous concernent

*(Veuillez cocher la case ci-dessous si vous êtes d'accord avec l'énoncé suivant.)*

- J'accepte que le Bureau du commissaire à l'information et à la protection de la vie privée de l'Ontario (CIPVP) inspecte mon dossier de renseignements personnels sur la santé, en exige la preuve ou s'informe à cet égard, s'il est raisonnablement nécessaire de le faire pour traiter ma plainte.

---

### Consentement à la divulgation de votre nom, de la présente formule et des pièces jointes

En portant plainte au CIPVP, je consens à la divulgation aux parties (y compris au dépositaire de renseignements sur la santé) de mon nom, de la formule de plainte et des pièces jointes, à moins de communiquer expressément mon refus au CIPVP.

Si je ne consens pas à la divulgation de mon nom, de la formule de plainte et des pièces jointes, le CIPVP peut établir s'il peut traiter la plainte de façon juste et adéquate sans communiquer ces renseignements, et il peut décider de fermer le dossier.

***Si vous ne consentez pas à la divulgation de votre nom, de la présente formule et des pièces jointes, veuillez fournir des motifs détaillés à l'appui de votre décision :***



## Pièces jointes

Les documents suivants sont annexés :

*Veillez joindre une copie de tous les documents pertinents.*

---

## Précisions sur la plainte

J'ai des raisons de croire que l'une ou l'autre des situations suivantes s'est produite :

- La personne ou l'organisation visée par la plainte a recueilli de façon inappropriée des renseignements personnels sur la santé me concernant.
- La personne ou l'organisation visée par la plainte a divulgué de façon inappropriée des renseignements personnels sur la santé me concernant.
- La personne ou l'organisation visée par la plainte a utilisé de façon inappropriée des renseignements personnels sur la santé me concernant.
- La personne ou l'organisation visée par la plainte a éliminé de façon inappropriée des renseignements personnels sur la santé me concernant.
- Autre – Veuillez expliquer :

Veillez décrire votre plainte en expliquant ce qui s'est passé et en précisant à quel moment, où et comment les événements sont survenus, les personnes impliquées et les raisons. (Si vous manquez d'espace, vous pouvez annexer autant de pages que vous le souhaitez.)



## Règlement de la plainte

Veillez décrire ce que vous avez fait, le cas échéant, pour tenter de régler votre plainte.

Veillez indiquer comment votre plainte pourrait être réglée.

---

## Renseignements sur le processus de traitement des plaintes

Pour en savoir davantage sur le processus de traitement du Bureau du commissaire à l'information et à la protection de la vie privée de l'Ontario, veuillez composer le 416 326-3333 ou, sans frais, le 1 800 387 0073, ou visitez notre site Web à [www.ipc.on.ca](http://www.ipc.on.ca).

---

## Envoyez la formule remplie à l'adresse suivante :

Registraire  
Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée de l'Ontario  
1400-2, rue Bloor Est  
Toronto (Ontario) M4W 1A8

---

## Signature

\_\_\_\_\_  
Votre signature

\_\_\_\_\_  
Date (aaaa-mm-jj)