



Renseignements protégés une fois rempli.

AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX ET DE SERVICE

N° de dossier de l'AC
N°(s) matricule(s)

Nom de famille	Prénom(s)	Date de naissance (a-m-j)
Adresse		

Nom du médecin, de l'hôpital et/ou de l'établissement
Adresse

Je donne la permission à un(e) représentant(e) du ministère des Anciens Combattants d'avoir accès à tous les documents dans mon dossier, ainsi qu'à tous les documents relatifs à des traitements spéciaux.

Les renseignements consignés sur ce formulaire seront utilisés en vertu de la *Loi sur les pensions* ou, s'il y a lieu, de la *Loi sur les mesures de réinsertion et d'indemnisation des militaires et vétérans des Forces canadiennes* suite à son entrée en vigueur prévue pour le 1^{er} avril 2006, pour les besoins d'administration des prestations d'invalidité. Ils seront protégés contre toute divulgation non autorisée en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Vous pouvez demander une copie de ce formulaire en écrivant au Bureau du coordonnateur de l'Accès à l'information et de la protection des renseignements personnels, C.P. 7700, Charlottetown (Î.-P.-É.) C1A 8M9.

Signature du (de la) client(e)/requérant(e)	Date	N° de téléphone au domicile <small>Ind. régional</small>
		N° de téléphone au travail <small>Ind. régional</small> Poste