

**Renseignements protégés une fois rempli.**

## AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

N° de dossier de l'AC
N <sup>o(s)</sup> matricule

Nom de famille du (de la) patient(e)	Prénom(s) du (de la) patient(e)	Date de naissance (a-m-j)
Adresse		

Nom du médecin et / ou de l'hôpital
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* pour les besoins d'administration des pensions d'invalidité. Ils seront protégés contre toute divulgation non autorisée en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels* du Canada et seront maintenus dans le fichier de renseignements personnels numéro VAC/P-PU-055.

Signature du (de la) patient(e)	Date	N° de téléphone au domicile
		N° de téléphone au travail
Témoin (s'il y a lieu)	Date	

**Canada**