

SERVICES D'ACCÈS À L'INFORMATION ET DE PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE
AUTORISATION DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Je, soussigné(e) _____ (Votre nom)
_____ (Adresse)
_____ (N° de téléphone)
_____ (Date de naissance)

autorise le ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels

_____ (Nom/Titre)
_____ (Organisme)
_____ (Adresse)
_____ (N° de téléphone)

les renseignements suivants :

_____ (Nommez les documents)

Signature : _____

Date : _____

Les renseignements personnels contenus dans le présent formulaire sont recueillis conformément à la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* et serviront à répondre à votre demande. Si vous avez des questions à ce sujet, adressez-vous au coordonnateur de l'accès à l'information et de la protection de la vie privée du ministère, à CP 4100, 200 First Avenue West, North Bay ON P1B 9M3.