

Centre régional de santé de North Bay

Demande d'accès à un dossier ou de correction d'un dossier Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée (LAIPVP)

Type de demande faite au Centre régional de santé de North Bay :

- Accès à des documents d'ordre général** (*renseignements non personnels*)
- Accès à des renseignements personnels sur soi** (*L'identité de la personne sera vérifiée avant de lui accorder l'accès.*)
- Accès par une personne autorisée à des renseignements personnels concernant une autre personne** (*Il faut joindre une preuve d'autorisation, p.ex. procuration, ordonnance de tutelle.*)
- Correction de renseignements personnels sur soi**
- Autre :**

Renseignements sur la personne faisant la demande			
Titre (<i>facultatif</i>)	Nom de famille	Prénom	Second prénom
Nom de famille figurant dans les dossiers s'il est différent de celui indiqué ci-dessus :			
Unité / N° d'app.	N° de rue	Rue	Case postale
Ville		Province / Pays	Code postal
N° de téléphone le jour ()	Autre n° de téléphone ()	N° de téléc. (<i>facultatif</i>) ()	Courriel (<i>facultatif</i>)
Description des dossiers demandés ou des renseignements à corriger (Fournissez autant de détails que possible étant donné que la recherche sera faite en fonction de votre description. Si vous présentez une demande d'accès à vos renseignements personnels ou de correction de ceux-ci, indiquez la banque de renseignements personnels ou le document contenant ces renseignements, si vous le savez. Si vous présentez une demande de correction de renseignements personnels, indiquez la correction demandée et, s'il y a lieu, annexe les documents à l'appui. Si la correction n'est pas effectuée, vous en serez avisé.)			
Cochez s'il y a lieu : <input type="checkbox"/> La suite de la description est sur une page séparée. <input type="checkbox"/> J'ai annexé des documents à l'appui.			
Intervalle pour les dossiers : Dossiers datés du _____ au _____			
Mode d'accès préféré : <input type="checkbox"/> Recevoir une copie <input type="checkbox"/> Examiner l'original (sur place)			
Signature :		Date :	
Paiement : Des frais de demande non remboursables de 5 \$ sont exigés pour toute demande d'accès. <input type="checkbox"/> Espèces (en personne) <input type="checkbox"/> Chèque* <input type="checkbox"/> Mandat* (*Payable au Centre régional de santé de North Bay)			
La demande peut être soumise en personne ou par la poste au : Centre régional de santé de North Bay, Coordonnateur de l'accès à l'information, 50, promenade College, North Bay (Ontario) P1B 5A4.			
For North Bay Regional Health Centre Use Only			
Date request received	Request No.	Date fee received	Date of response
Comments:			

Les renseignements personnels figurant sur ce formulaire sont recueillis conformément à la *Loi sur l'accès à l'information et à la protection de la vie privée* et seront utilisés pour donner suite à votre demande. Toute question à ce sujet doit être adressée au coordonnateur de l'accès à l'information.