



Formulaire de consentement autorisant Entraide Sein-Pathique à obtenir ou transmettre des renseignements personnels

En vertu de la Loi 25 *Loi modernisant des dispositions législatives en matière de protection des renseignements personnels*, Entraide Sein-Pathique demande votre autorisation à recevoir des renseignements personnels (de nature médicale ou autre) à votre sujet afin de vous soutenir dans vos expériences de la période périnatale.

Il est nécessaire d'obtenir votre consentement pour qu'Entraide Sein-Pathique puisse obtenir ou transmettre ces renseignements au cas où nous aurons besoin de les recueillir auprès des personnes et des organisations énumérées à la page suivante.

Protection de vos renseignements personnels :

Entraide Sein-Pathique ne peut transmettre vos renseignements personnels à aucune personne ou organisation sans votre consentement écrit, sauf lorsque la *Loi modernisant des dispositions législatives en matière de protection des renseignements personnels* l'autorise. En vertu de cette loi, vous (ou votre représentant•e autorisé•e) avez le droit de demander une copie des renseignements contenus dans votre dossier et de demander la correction de ces renseignements. Vos renseignements personnels sont conservés dans les fichiers de renseignements personnels (ESP RP 001).

En tout temps, vous pouvez retirer votre consentement à l'obtention de renseignements personnels.

Consignes :

Remplir les sections 1 et 2 du présent formulaire; et

Veuillez retourner ce formulaire à Entraide Sein-Pathique

Section 1 – Renseignements à votre sujet		
Prénom	Pronom (elle, iel, il, etc)	Nom de famille
Adresse postale	Village	
Numéro de téléphone	Autre numéro de téléphone	
Courriel		
Numéro d'assurance sociale canadien (employées seulement)		

Consentement à obtenir ou transmettre des renseignements personnels

Utilisat•eur•rice•s - Membres

- J'autorise Entraide Sein-Pathique à obtenir ou transmettre des renseignements personnels à mon sujet qui permettront de soutenir mon parcours d'expériences lors de la période périnatale. A ces fins, Entraide Sein-Pathique peut communiquer avec les personnes ou les organisations suivantes, au besoin :
 - Médecins, infirmiers praticiens, spécialistes consultants ou d'autres professionnels de soins de santé;
 - Établissements médicaux ou hôpitaux;

Consentement à obtenir ou transmettre des renseignements personnels

Employées

- J'autorise Entraide Sein-Pathique à obtenir ou transmettre des renseignements personnels à mon sujet qui permettront de soutenir mon parcours professionnel. A ces fins, Entraide Sein-Pathique peut communiquer avec les personnes ou les organisations suivantes, au besoin :
 - Établissements d'enseignement ou autres organismes professionnels;
 - Ministères et organismes centraux des gouvernements fédéraux, provinciaux et administrations municipales;
 - Employeurs, anciens employeurs;
 - Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail;
 - Institutions financières (pour vérifier l'adresse uniquement).

Bénévoles (CA + Marraine)

- J'autorise Entraide Sein-Pathique à obtenir ou transmettre des renseignements personnels à mon sujet qui permettront de soutenir mon parcours bénévole. A ces fins, Entraide Sein-Pathique peut communiquer avec les personnes ou les organisations suivantes, au besoin :
 - Employeurs, anciens employeurs;
 - Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail.

Section 2 – Consentement ou refus

Remarque : Le fait de ne pas sélectionner une option ci-dessous peut entraîner un retard dans le traitement de votre demande de soutien (Utilisateur•rice•s), votre degré d'implication (bénévoles) ou dans la détermination du montant de votre rémunération (employées).

- J'autorise Entraide Sein-Pathique à obtenir ou transmettre des renseignements médicaux et personnels à mon sujet de toutes les personnes et de tous les organismes indiqués ci-dessus selon ma catégorie (Utilisateur•eur•rice•s). Je comprends que ces renseignements peuvent contribuer à optimiser les services de soutien que je peux recevoir.
- J'autorise Entraide Sein-Pathique à obtenir ou transmettre des renseignements personnels à mon sujet de toutes les personnes et de tous les organismes indiqués ci-dessus selon ma catégorie (bénévoles). Je comprends que ces renseignements peuvent contribuer à optimiser les services de soutien que je peux offrir et mon implication générale.
- J'autorise Entraide Sein-Pathique à obtenir ou transmettre des renseignements personnels à mon sujet de toutes les personnes et de tous les organismes indiqués ci-dessus selon ma catégorie (employées).
- Je n'autorise pas Entraide Sein-Pathique à obtenir ou transmettre des renseignements médicaux et personnels à mon sujet auprès de toutes les personnes et de tous les organismes indiqués ci-dessus.

En refusant de donner mon consentement, je comprends qu'Entraide Sein-Pathique :

- prendre sa décision d'après les renseignements figurant dans mon dossier;
- peut cesser de me verser un rémunération si j'en reçois déjà;
- peut exiger que je fournisse les renseignements nécessaires.

Signature de la personne

X_____

Date (AAAA-MM-JJ)
