



DT9060



HOPITAL06C

**AUTORISATION DE COMMUNIQUER
DES RENSEIGNEMENTS CONTENUS AU DOSSIER**

Je soussigné-e, _____
Nom et adresse

En ma qualité de _____
Usager ou personne autorisée

Autorise l'établissement _____

À faire parvenir à _____

Les renseignements suivants : _____

Pour les soins ou services reçus se rapportant à la période suivante : _____

Contenus dans le dossier de l'usager ci-dessus identifié.

Cette autorisation est valable pour une période de _____ jours à compter de la date de la signature de ce document.

_____ Signataire : usager ou personne autorisée	Année Mois Jour _____ Date
--	---

_____ Témoin à la signature	Année Mois Jour _____ Date
--------------------------------	---

N.B. : On doit s'assurer que les signataires de cette formule sont autorisés à le faire conformément aux textes législatifs en vigueur. Et le cas échéant, prière de mentionner à quel titre (curateur ou titulaire de l'autorité parentale) la personne est autorisée à signer.

