



## Autorisation d'accès à des renseignements

Ce formulaire nous autorise à obtenir toute information jugée pertinente à l'évaluation de votre candidature. Chaque postulant doit signer son propre formulaire. Le retour de ce formulaire signé est obligatoire pour nous permettre de poursuivre les démarches d'évaluation de ressources d'hébergement.

Par la présente, je \_\_\_\_\_, autorise médecin,  
(Écrire **en lettres moulées** votre **nom** et votre **prénom**)

clinique médicale, employeur, tous les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, les services policiers municipaux et provinciaux, qui détiennent à mon endroit des dossiers et des renseignements, à communiquer tous ces renseignements au Centre de réadaptation La Myriade. Une photocopie de cette autorisation a la même valeur que l'originale.

Cette autorisation est aussi valide pour toutes les personnes nommées sur le formulaire de références.

**De plus, elle est valable pour une période de 120 jours à compter de la date de la signature de ce document.**

	Année	Mois	Jour
Signature (Postulant A)	:   :   :	:	:
	Date		



## Autorisation d'accès à des renseignements

Ce formulaire nous autorise à obtenir toute information jugée pertinente à l'évaluation de votre candidature. Chaque postulant doit signer son propre formulaire. Le retour de ce formulaire signé est obligatoire pour nous permettre de poursuivre les démarches d'évaluation de ressources d'hébergement.

Par la présente, je \_\_\_\_\_, autorise médecin,  
(Écrire **en lettres moulées** votre **nom** et votre **prénom**)

clinique médicale, employeur, tous les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, les services policiers municipaux et provinciaux, qui détiennent à mon endroit des dossiers et des renseignements, à communiquer tous ces renseignements au Centre de réadaptation La Myriade. Une photocopie de cette autorisation a la même valeur que l'originale.

Cette autorisation est aussi valide pour toutes les personnes nommées sur le formulaire de références.

**De plus, elle est valable pour une période de 120 jours à compter de la date de la signature de ce document.**

Signature (Postulant <b>B</b> )	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">Année</td> <td style="padding: 2px 5px;">Mois</td> <td style="padding: 2px 5px;">Jour</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">  :  </td> <td style="text-align: center;">  :  </td> <td style="text-align: center;">  :  </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; padding-top: 2px;">Date</td> </tr> </table>	Année	Mois	Jour	:	:	:	Date		
Année	Mois	Jour								
:	:	:								
Date										