

**Autorisation d’échange de renseignements**

Note : La forme masculine utilisée dans ce formulaire désigne aussi bien les femmes que les hommes lorsque le contexte s’y prête.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Identification du client | | | |
| *Prénom et Nom* | | Date de naissance (jj-mm-aaaa) | |
| Adresse | |  | |
|  | | | |
| Ville, province Code postal Téléphone | | | |
|  |  | |  |

|  |
| --- |
| Autorisation |

Je, , autorise le représentant du SEMO Chaudière-Appalaches et le représentant du/de , tous deux responsables de mon dossier, à s’échanger les renseignements nécessaires à mon objectif d’intégration en emploi.

Cette autorisation s’applique également à la transmission de documents inclus à mon dossier (Ex.: Évaluations ou Rapports médicaux).

Précisions sur le ou les documents visés :

|  |
| --- |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| Durée de l’autorisation |

Cette autorisation est valide pour la durée nécessaire à l’exercice de l’objet décrit précédemment. Toutefois, elle devra être renouvelée advenant que la durée du mandat dépasse douze (12) mois.

|  |
| --- |
| Signature du client |

J’ai lu et compris la portée de ce document.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | |
| *Signature du client* | | *Date* |