

SERVICES D'ACCÈS À L'INFORMATION ET DE LA PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE
AUTORISATION DE DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Je, soussigné(e), _____ (Nom)

_____ (Adresse)

_____ (Numéro de téléphone)

_____ (Date de naissance)

autorise le ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels à divulguer à

_____ (Nom/Titre)

_____ (Organisme)

_____ (Adresse)

_____ (Numéro de téléphone)

les renseignements suivants :

(Indiquez les dossiers)

Signature: _____

Date: _____

Les renseignements personnels figurant dans cette formule sont recueillis conformément à la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* et ne seront utilisés que pour donner suite à votre demande. Toute question à ce sujet doit être adressée au coordonnateur de l'accès à l'information et de la protection de la vie privée du ministère à l'adresse suivante : 200, 1^{re} Avenue Ouest, North Bay, Ontario P1B 3B9.