



Autorisation d'agir comme représentant dans le cas d'une plainte déposée aux termes de la *Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé*

Je, _____, autorise par la présente _____
Nom du plaignant Nom du représentant
à me représenter aux fins d'une plainte que j'ai déposée auprès du Bureau du commissaire à
l'information et à la protection de la vie privée/Ontario (CIPVP) en vertu de la *Loi sur la protection
des renseignements personnels sur la santé* contre _____.
Nom du dépositaire de renseignements sur la santé

Je consens également à ce que le Bureau du commissaire à l'information et à la protection de la
vie privée/Ontario inspecte des dossiers médicaux contenant des renseignements personnels
sur la santé me concernant, ou demande des éléments de preuve ou d'information à leur sujet
aux fins du traitement de ma plainte.

J'autorise également le CIPVP à divulguer à _____, les renseignements
Nom du représentant
personnels sur ma santé qui sont nécessaires pour traiter et examiner ma plainte conformément
à la *Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé* et pour toute instance découlant de
ma plainte lorsque des renseignements personnels sur ma santé sont en cause ou sont reliés à
une autre question en litige.

Je peux révoquer la présente autorisation en tout temps sur avis écrit au CIPVP .

Signature du plaignant: _____

Signature du témoin: _____

Date: _____