

Autorisation de divulguer des renseignements médicaux

Pour compléter ce formulaire, **vous devez le télécharger en premier**, le compléter avec le logiciel gratuit Adobe Reader puis nous le retourner par courriel à hrc.cdp@gnb.ca.

Nom	
Date de naissance	
Numéro d'assurance maladie	

Par la présente ou sa photocopie, j'autorise tout médecin, spécialiste, hôpital, clinique, employeur ou autre établissement où j'ai été traité ou examiné à divulguer ou à fournir des renseignements médicaux me concernant à la Commission des droits de la personne du Nouveau-Brunswick, qu'il s'agisse d'un diagnostic ou d'un pronostic, y compris des rayons X ou tout document relatif à mon état de santé.

J'autorise également la Commission des droits de la personne du Nouveau-Brunswick à s'informer de mes antécédents médicaux auprès de tout médecin, spécialiste, hôpital, clinique, employeur ou autre établissement où j'ai été traité ou examiné, au moyen d'entrevues ou de questionnaires, et à demander toute documentation connexe.

Signature

Date (JJ/MM/AAAA)