



Objet **Formulaire de consentement à la collecte, l'utilisation et à la divulgation interne de renseignements personnels**

Section **Services cliniques**

Code **CL-15B**

Adoptée **le 10 décembre 2007**

Révisée **le 14 octobre 2014**

Je, (en lettres moulées) _____ affirme avoir été informé(e) de la politique du Centre d'appui et de prévention (Le CAP) sur la collecte, l'utilisation et la divulgation de renseignements personnels et avoir reçu le feuillet d'information à cet effet.

Je reconnais que Le CAP est un organisme de santé mentale et qu'à cette fin, Le CAP rencontre les critères établis selon les lois. À cette fin, Le CAP requiert mon consentement quant à la collecte, l'utilisation et la divulgation de mes renseignements personnels ou de la personne que je représente. Ces renseignements serviront aux fins suivantes :

- élaborer un plan d'intervention dans une approche multidisciplinaire
- assurer une qualité de service
- évaluer les programmes du CAP
- former des professionnels et des stagiaires
- effectuer des recherches de pointe

Je reconnais que ce consentement s'applique uniquement à la divulgation à l'intérieur de l'organisme. Je reconnais aussi que toute divulgation à une personne à l'extérieur de l'organisme nécessitera mon consentement spécifique à moins que cette divulgation ne soit permise ou requise par la loi.

Je reconnais que je peux refuser de signer ce formulaire et que je peux aussi retirer mon consentement à n'importe quel moment en m'adressant par écrit à :

La direction des services cliniques
Centre d'appui et de prévention
Bureau 300, 150 chemin de Montréal
Ottawa, Ontario, K1L 8H2

_____ **J'autorise le Centre d'appui et
de prévention à recueillir, à utiliser et à divulguer mes renseignements personnels**

_____ (Signature du client)

_____ (Signature du client)

_____ (Date)