

DÉCLARATION DU STATUT DE MANDATAIRE SPÉCIAL

Ce formulaire doit être rempli pour déclarer le statut de mandataire spécial en vue de demander l'accès à l'information en vertu de la *Loi sur la protection et la gestion des renseignements médicaux* au nom d'une autre personne.

Vous DEVEZ joindre le formulaire de Déclaration d'aptitude au présent formulaire.

Partie 1 : Personne dont les renseignements sont demandés (la « personne »)

Nom complet de la personne visée par la demande

Partie 2 : Renseignements sur le mandataire spécial

Nom complet

Adresse résidentielle

Territoire ou province

Lien avec la personne

Tuteur ayant le pouvoir de donner le consentement

Conjoint ou conjointe

Enfant (d'âge majeur)

Père ou mère

Grand-parent

Frère ou sœur (d'âge majeur)

Autre proche parent

Ami proche

Dépositaire ou fournisseur de soins de santé

Partie 3 : Déclaration

Je déclare que l'information fournie ci-dessus est complète et exacte.

Je comprends que l'alinéa 121(1)c) de la *Loi sur la protection et la gestion des renseignements médicaux* prévoit qu'une personne qui fait sciemment une fausse affirmation indiquant qu'elle a le droit de consentir au nom d'une autre personne est coupable d'une infraction et passible, sur déclaration de culpabilité, d'une amende maximale de 25 000 \$.

Signature

Nom en lettres détachées

Date

AAAA / MM / JJ