

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCÈS DE LA PERSONNE CONCERNÉE

Vous avez le droit de demander d'avoir accès aux renseignements personnels que nous pouvons détenir à votre sujet. Une personne concernée est une personne qui fait l'objet des renseignements personnels. Si vous souhaitez faire une telle demande, veuillez remplir ce formulaire et nous le retourner par courrier ou par courriel.

En cas d'envoi par la poste, veuillez utiliser l'adresse suivante :

Clinique de Podiatrie Montarville  
Attn : Responsable de la protection des renseignements personnels  
1455 Roberval  
Saint-Bruno-de-Montarville (Qc)  
J3V 3P8

En cas d'envoi par courriel, veuillez utiliser l'adresse suivante : [rprp@cliniquedepodiatrimontarville.com](mailto:rprp@cliniquedepodiatrimontarville.com)  
Veuillez écrire « Demande d'accès de la personne concernée » dans le champ d'objet du courriel.

**1. Nom complet de la personne concernée**

**2. Numéro de client/compte**

**3. Adresse actuelle de la personne concernée**

**4. Numéro de téléphone de la personne concernée**

Numéro de téléphone à domicile :

Numéro de téléphone portable :

**5. Détails des données demandées:**

**6. Pour nous aider à rechercher les informations dont vous avez besoin, veuillez nous faire connaître les renseignements personnels dont vous avez besoin avec autant de détails que possible (par exemple, des copies de courriels entre <date> et <date>). Si nous ne recevons pas suffisamment d'informations pour localiser les données dont vous avez besoin, nous pourrions ne pas être en mesure de répondre à votre demande.**

**7. Les informations vont-elles être envoyées à la personne concernée ou à son représentant ?**

À la personne concernée       Au représentant

Si les renseignements personnels sont envoyés au représentant, les sections 9 et 10 doivent être remplies.

**8. Je confirme que je suis la personne concernée.**

Signature: \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Je joins une copie de ma pièce d'identité et de mes documents de preuve d'adresse (y compris un document d'identité émis par le gouvernement de mon pays de citoyenneté) conformément à l'article 30 de la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*, CQLR c P-39.1.

**9. (À remplir si la réponse à la question 7 est la suivante : « Au représentant ») La personne concernée (dont les renseignements personnels sont demandés) doit donner une autorisation écrite pour que les informations soient communiquées à son représentant autorisé.**

Par la présente, je donne mon autorisation pour que \_\_\_\_\_  
(remplir le nom du représentant autorisé) pour demander l'accès à mes renseignements personnels.

Signature de la personne concernée : \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

**10. (À remplir par le représentant de la personne concernée) Je confirme que je suis le représentant autorisé de la personne concernée.**

Nom du représentant autorisé et adresse où les renseignements personnels doivent être envoyés :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Nous mettrons tout en œuvre pour traiter votre demande d'accès à la personne concernée le plus rapidement possible dans un délai de 30 jours de la date de réception de votre demande. Cependant, si vous avez des questions pendant le traitement de votre demande, n'hésitez pas à nous contacter à cette adresse courriel : [rprp@cliniquedepodiatriemontarville.com](mailto:rprp@cliniquedepodiatriemontarville.com) .