



## FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCÈS AUX RENSEIGNEMENTS PERSONNELS COLLECTÉS, UTILISÉS, CONSERVÉS, PARTAGÉS ET COMMUNIQUÉS

### Clinique Santé-Active

OBJET : Demande d'accès à mes renseignements personnels

À qui de droit,

En vertu du droit que me confère l'article 27 de la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*, je désire accéder à la liste des renseignements personnels collecté, conservés, consultés ou communiqués au sujet de \_\_\_\_\_ (votre nom) par la Clinique Santé-Active, plus précisément (*veuillez cocher tous les choix qui s'appliquent à votre situation*) :

- Une copie de mon dossier client
- Une copie de mon dossier employé
- Une copie de mon consentement à la consultation et à la communication de mes RP
- Une copie de mon consentement à la collecte et à la conservation de mes RP
- Une copie du registre des renseignements personnels à mon sujet
- Une copie du registre des incidents de confidentialité à mon sujet
- Autre \_\_\_\_\_

Je suis conscient(e) que votre entreprise possède, à partir de la réception de cette demande d'accès, 30 jours pour y répondre. Si je n'ai pas eu de réponse d'ici les 30 prochains jours, cette demande sera considérée comme refusée, et je pourrai alors initier des démarches auprès de la Commission d'accès à l'information (CAI).

Je suis aussi conscient(e) que des frais minimaux peuvent m'être exigés pour que votre entreprise puisse produire une copie de ces documents, ces montants étant alignés avec les informations suivantes.

Vous en remerciant à l'avance, je vous prie d'agréer mes salutations distinguées.

\_\_\_\_\_  
Signature du demandeur

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Nom complet du demandeur

\_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone du demandeur

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Adresse courriel du demandeur