INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL

DT9060

Demande de rectification des renseignements personnels

Nom et prénom: _____

Date de naissance : _____ No de dossier ICM : _____

No de carte d'assurance maladie (RAMQ) : _____

Coordonnées : _____

******Pour toute demande faite par une autre personne que l'usager lui-même, veuillez nous faire parvenir une copie d'une pièce d'identité officielle. ******

À quel(s) titre(s) faites-vous cette demande de rectification ou de suppression de renseignements personnels ?

☐ **Usager**
Pièce justificative à joindre : consentement signé

☐ **Héritier, légataire particulier**, **liquidateur, successeur**
Pièces justificatives à joindre : dernier testament *et* deux (2) recherches testamentaires (Chambre des notaires du Québec et Barreau du Québec)

☐ **Bénéficiaire de la police d'assurance**
Pièce justificative à joindre : police d'assurance

☐ **Représentant légal : tuteur/mandataire**
Pièce justificative à joindre : preuve d'ouverture ou de révision de tutelle *ou* preuve d'homologation de mandat de protection ou mandat de protection homologué

Veuillez indiquer quel renseignement vous demandez à faire rectifier ou supprimer :

En lien avec le renseignement nommé ci-dessus, veuillez cocher ce qui s'applique :
☐ Inexact ☐ Incomplet ☐ Équivoque

Veuillez cocher si l'un de ces choix s'applique : le renseignement a été recueilli ou est conservé en contravention à la loi :
☐ Recueilli ☐ Conservé

Signature : _____ Date : _____

Section médecin - Réponse

☐ La correction a été apportée ☐ Je refuse la demande de correction

Motif du refus :

Signature : _____ Date : _____

Veuillez retourner le formulaire par télécopieur au service des archives médicales – secteur divulgation au numéro suivant : 514 593-2576*Délai maximal de 30 jours suivant la réception de la demande de l'usager***