

EM/ANB inc.

Demande d'information aux fins d'enquête ou d'application d'une loi présentée en vertu de la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé* (v.3, 2019)



Renseignements sur le patient

Nom : _____

Adresse : _____

Renseignements sur le requérant

Nom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Télécopieur* : _____

* S'agit-il d'un numéro de télécopieur sécurisé (non accessible au public)? Oui Non

Adresse courriel** : _____

**À noter : Les renseignements personnels sur la santé ne seront pas transmis par courrier électronique.

Est-ce qu'une ordonnance judiciaire, une assignation à témoin, un mandat ou l'autorisation

écrite du patient accompagne le formulaire? Oui Non

Si l'ordonnance judiciaire, l'assignation à témoin, le mandat ou l'autorisation écrite du patient n'accompagne pas le formulaire, veuillez remplir les prochaines sections.

Agent(s) d'enquête : _____

Numéro du rapport policier : _____

Détails sur les renseignements demandés et l'infraction visée par l'enquête (inclure la date, l'heure et le lieu de l'incident). Des pages supplémentaires peuvent être jointes au besoin.

EM/ANB inc.

Demande d'information aux fins d'enquête ou d'application d'une loi présentée en vertu de la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé* (v.3, 2019)



Veillez indiquer les lois et articles pertinents vous donnant l'autorisation légale de demander ces renseignements (par ex. article du Code criminel du Canada ou d'une autre loi en vertu duquel l'incident en question est qualifié comme infraction).

Veillez expliquer pourquoi cette information est nécessaire à l'enquête et comment elle l'appuiera.

Signature

Date

Autorisation (réservé à l'administration)

Reçu par :

Date :

EM/ANB

Télécopieur : 506-872-6509

Veillez compléter toutes les sections du formulaire. Les formulaires incomplets ne seront pas traités.