



**Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée**  
**DEMANDE D'ACCÈS OU DE RECTIFICATION**

**DEMANDE VISANT**

- L'accès aux dossiers généraux  
 L'accès aux renseignements personnels à mon sujet \*  
 La rectification de renseignements personnels à mon sujet \*

\* Si la demande vise l'accès aux renseignements personnels à mon sujet ou la rectification de ces renseignements, le **nom** figurant sur les dossiers est :  
 Le même que ci-dessous OU  
 Différent (préciser) :

**RENSEIGNEMENTS SUR L'AUTEUR DE LA DEMANDE**

<b>Nom</b>		<b>Prénom</b>		<b>Deuxième prénom</b>		<b>Titre (encercler)</b> M. M <sup>me</sup> M <sup>lle</sup> Autre :	
<b>Rue, appartement, C. P., R. R.</b>			<b>Ville</b>		<b>Province</b>		<b>Code postal</b>
<b>Numéro de téléphone principal</b> ( ) Poste				<b>Autre numéro de téléphone</b> ( )			

**RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS**

Décrivez en détail les dossiers demandés, les renseignements personnels demandés ou les renseignements personnels à rectifier.

**NOTA :** Si vous demandez une *rectification des renseignements personnels*, décrivez la rectification que vous voulez faire et, le cas échéant, joignez la documentation à l'appui. Si la rectification n'est pas faite, on vous en avisera; vous pourrez alors annexer à vos renseignements personnels une déclaration de désaccord.

<b>Méthode préférée d'accès aux dossiers :</b> <input type="checkbox"/> Examiner l'original <input type="checkbox"/> Recevoir une copie	<b>Signature</b>	<b>Date (jj/mm/aaaa)</b>
---	------------------	--------------------------

**SOMME DUE ET MODE DE PAIEMENT**

**Des frais de 5 \$ sont exigés à l'égard de chaque demande.**

<input type="checkbox"/> <b>Argent comptant ou débit</b> Le paiement doit se faire en personne au Bureau de l'accès à l'information et de la protection de la vie privée, 155, rue Ontario, St. Catharines (Ontario) L2R 5K3. <i>Ne pas envoyer d'argent comptant par la poste.</i>	<input type="checkbox"/> <b>Chèque</b> Fait à l'ordre du <b>Système de santé de Niagara</b> . Envoyer au Bureau de l'accès à l'information et de la protection de la vie privée, 155, rue Ontario, St. Catharines (Ontario) L2R 5K3.	<input type="checkbox"/> <b>Carte de crédit</b> <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> AMEX N° de la carte : _____ Date d'expiration : _____ Nom du titulaire : _____
---	--	---

**RÉSERVÉ À L'USAGE DU BUREAU**

<p>Les renseignements personnels contenus sur ce formulaire sont recueillis conformément à la <i>Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée</i> et serviront à répondre à votre demande. Vous pouvez envoyer vos questions à ce sujet à l'adresse suivante : Coordonnatrice de l'accès à l'information, Système de santé de Niagara, 155, rue Ontario, St. Catharines (Ontario) L2R 5K3 Téléphone : 905 378-4647 Courriel : <a href="mailto:FOIaccess@niagarahealth.on.ca">FOIaccess@niagarahealth.on.ca</a></p>	<b>Date received (dd/mm/yyyy)</b>
	<b>Request File No.:</b>



## INSTRUCTIONS POUR REMPLIR LE FORMULAIRE

### 1. Demande visant

Cochez la case selon que vous voulez :

- avoir accès aux dossiers généraux du Système de santé de Niagara;
- avoir accès aux renseignements personnels à votre sujet;
- rectifier les renseignements personnels à votre sujet.

**Remarque** : Vous pouvez cocher plus d'une case.

Si vous demandez l'accès aux renseignements personnels à votre sujet ou la rectification de ces renseignements, précisez le nom de famille qui figure sur les dossiers **s'il** est différent de votre nom actuel.

### 2. Renseignements sur l'auteur de la demande

- Inscrivez votre nom, votre prénom et votre deuxième prénom et encerclez votre titre.
- Inscrivez votre adresse postale au complet ainsi que vos numéros de téléphone. Le personnel du Bureau de l'accès à l'information et de la protection de la vie privée pourrait avoir à communiquer avec vous s'il a des questions concernant votre demande.

### 3. Renseignements demandés

Soyez aussi précis que possible. Plus vous nous fournirez de détails, plus nous serons en mesure de répondre à votre demande de façon efficace et précise. S'il vous faut plus d'espace, continuez votre description sur une autre feuille et agrafez celle-ci au formulaire. Les pages additionnelles **DOIVENT** être numérotées et votre nom et la date **DOIVENT** figurer au haut de chaque feuille, par exemple *Jean Côté, le 3 janvier 2012, page 2 de 5*.

Si vous demandez l'accès aux renseignements personnels à votre sujet, assurez-vous de fournir :

- votre nom au complet;
- tous les autres noms que vous avez déjà utilisés;
- les numéros identificatoires qui ont trait aux dossiers mentionnés dans la section **Renseignements demandés** (c.-à-d. numéros d'employé ou d'étudiant, entre autres).

### 4. Méthode préférée d'accès aux dossiers

Indiquez la méthode que vous préférez utiliser pour consulter les dossiers. Voulez-vous consulter les dossiers sur place au Système de santé de Niagara ou voulez-vous qu'on vous envoie une copie des dossiers?

### 5. Mode de paiement

Choisissez la façon dont vous voulez faire votre paiement. Sachez que les paiements en argent comptant ou par carte de débit doivent se faire en personne au Bureau de l'accès à l'information et de la protection de la vie privée, 155, rue Ontario, St. Catharines (Ontario) L2R 5K3.

6. Signez et datez le formulaire à la date où vous l'avez rempli.

7. Si vous voulez des éclaircissements sur la façon de remplir ce formulaire, n'hésitez pas à communiquer avec la coordonnatrice de l'accès à l'information du Système de santé de Niagara :

- Téléphone : 905 378-4647
- Courriel : [FOIaccess@niagarahealth.on.ca](mailto:FOIaccess@niagarahealth.on.ca)
- Poste : 155, rue Ontario, St. Catharines (Ontario) L2R 5K3