



Santé et Affaires sociales
Service d'hygiène du milieu

2 Hospital Road
Whitehorse (Yukon) Y1A 3H8

CONSENTEMENT À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS

Je, _____, de _____
PROPRIÉTAIRE, EXPLOITANT, REPRÉSENTANT NOM DE L'ÉTABLISSEMENT

ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT

par la présente, consens à l'échange de renseignements pertinents entre le Service d'hygiène du milieu du ministère de la Santé et des Affaires sociales et _____

Toutes les précautions nécessaires seront prises pour assurer la confidentialité des renseignements, et aucune autre personne n'aura accès à ces derniers, sauf si la loi l'exige, sans que vous donniez un autre consentement écrit à cet effet. Les renseignements seront utilisés pour aider l'organisme susmentionné à traiter des affaires avec vous.

Le consentement entre en vigueur le AAAA / MM / JJ pour une période de :

3 mois 6 mois 12 mois autre _____

Le présent consentement peut être révoqué à tout moment par la personne soussignée au moyen d'un avis écrit transmis au Service d'hygiène du milieu de Santé et Affaires sociales. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la présente autorisation, veuillez composer le 867-667-8391.

SIGNATURE (PROPRIÉTAIRE/EXPLOITANT/REPRÉSENTANT)	NOM EN LETTRES DÉTACHÉES
DATE DE LA SIGNATURE	

TÉMOIN	NOM EN LETTRES DÉTACHÉES
--------	--------------------------