

EM/ANB

Demande de correction des renseignements personnels sur la santé présentée en vertu de la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé* (version 1.2, 2019)



Renseignements sur le requérant

Titre : _____ Nom de famille : _____ Prénom : _____

Nom de l'entreprise/organisme (s'il y a lieu) : _____

Adresse postale : _____

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.

Au sujet de votre demande

À qui appartient l'information que vous souhaitez corriger? Veuillez cocher une case.

- Il s'agit de mes propres renseignements personnels.
- Il s'agit des renseignements personnels d'une autre personne (*joindre la preuve démontrant que vous êtes légalement autorisé à agir au nom de cette personne; il peut s'agir d'une autorisation sous forme de lettre signée, de procuration ou d'autorisation législative*).

Quels renseignements doivent être corrigés? Veuillez fournir le plus de détails possible, y compris le nom complet du patient, les dates des services rendus par EM/ANB, ainsi que les éléments précis à corriger et la raison de cette correction. Des pages supplémentaires peuvent être jointes au besoin.

Signature

Date

EM/ANB

Télécopieur : 506-872-6509

À noter : Chaque demande est examinée et traitée conformément à la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé*.

EM/ANB

Demande de correction des renseignements personnels sur la santé présentée en vertu de la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé* (version 1.2, 2019)



INSTRUCTIONS

Renseignements sur le requérant

Dans cette section du formulaire, veuillez inclure :

- votre nom de famille, prénom et titre préféré (s'il y a lieu), ainsi que le nom de l'entreprise/organisme que vous représentez (s'il y a lieu);
- votre adresse postale complète et votre numéro de téléphone préféré dans le cas où il nous faudrait vous joindre concernant votre demande; et
- un numéro de télécopieur ou une adresse courriel (s'il y a lieu) pour l'envoi de pièces de correspondance.

Au sujet de votre demande

Dans cette section, veuillez :

- indiquer à qui appartient l'information que vous souhaitez corriger en cochant la case appropriée (vos propres renseignements ou ceux d'une autre personne);
- inscrire le nom complet de la personne dont les dossiers doivent être corrigés, ainsi que tout numéro d'identification pouvant être associé au dossier;
- s'il y a lieu, joindre la preuve que vous êtes légalement autorisé à agir au nom de la personne à laquelle appartient l'information que vous désirez corriger (si vous demandez la correction d'information qui ne vous appartient pas);
- décrire en détail l'information devant être corrigée et indiquer la raison de cette correction – si vous manquez d'espace sur le formulaire, veuillez poursuivre votre description sur une feuille distincte et la joindre au formulaire de demande.

Frais

- Aucuns frais ne sont imposés pour les demandes présentées en vertu de la *Loi sur le droit à l'information et la protection de la vie privée*.

Remplir et soumettre le formulaire de demande

- Le formulaire peut être rempli en ligne ou imprimé et rempli à la main, mais il doit être imprimé et signé pour être traité.
- Le formulaire peut être soumis par l'un des moyens suivants :
 - la poste (ou en personne) au bureau du Programme Extra-Mural traitant (le cas échéant)
 - par télécopieur, au 506-872-6509; ou
 - par la poste (ou en personne), à :
L'Agente de la protection de la vie privée et de l'accès à l'information
210, rue John, bureau 101
Moncton (N.-B.), E1C 0B8

EM/ANB

Télécopieur : 506-872-6509

À noter : Chaque demande est examinée et traitée conformément à la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé*.