

Demande de correction - Renseignements personnels sur la santé

Les renseignements personnels contenus dans le présent formulaire sont recueillis en vertu de la *Freedom of Information and Protection of Privacy Act* (loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée) et seront utilisés pour répondre à votre demande. **Veillez remplir le formulaire et le retourner au : Gérant, Bureau de l'accès à l'information et de la protection de la vie privée (santé), C.P. 2000, Charlottetown, PE C1A 7N8.**

À propos de vous

Nom et prénom :		
Adresse postale :		
Ville ou village :	Province :	Code postal :
Téléphone :	Courriel :	

Au sujet de votre demande

1. À qui appartiennent les renseignements que vous désirez corriger?

- Vos propres renseignements sur la santé
 Les renseignements personnels sur la santé d'une autre personne (Veillez joindre une preuve que vous êtes habilité par la loi à agir au nom de cette personne.)

2. À quel établissement, programme ou service de Santé Î.-P.-É. présentez-vous la demande?

--

Au sujet de l'information que vous voulez corriger

3. Quels renseignements personnels sur la santé doivent être corrigés? (Veillez fournir autant de détails que possible et inclure le nom au complet, le numéro de la carte-santé et/ou la date de naissance de la personne pour qui l'information doit être corrigée.)

--

4. Quelle correction désirez-vous apporter et pourquoi? (Veillez joindre tout document à l'appui de votre demande.)

--

Votre signature

Signature	Date
-----------	------

Pour usage interne seulement

DATE REÇUE	Numéro de la demande
------------	----------------------

Si vous avez des questions ou besoin d'information, composez le **902-368-4942** ou envoyez un message à healthprivacy@ihis.org