FORMULAIRE DE DEMANDE D’ACCÈS AUX RENSEIGNEMENTS PERSONNELS COLLECTÉS, UTILISÉS, CONSERVÉS, PARTAGÉS ET COMMUNIQUÉS

chez Physiothérapie Crânio-Cervicale et Temporo-Mandibulaire (ci-après notre « entreprise »)

OBJET : Demande d’accès à mes renseignements personnels

À qui de droit,

En vertu du droit que me confère l'article 27 de la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé,* je désire accéder à la liste des renseignements personnels collecté, conservés, consultés ou communiqués au sujet de ma personne par votre entreprise, plus précisément (*veuillez cocher tous les choix qui s’appliquent à votre situation*):

* Une copie de mon dossier client
* Une copie de mon dossier employé
* Une copie de mon consentement à la consultation et à la communication de mes RP
* Une copie de mon consentement à la collecte et à la conservation de mes RP
* Une copie du registre des renseignements personnels à mon sujet
* Une copie du registre des incidents de confidentialité à mon sujet
* Autre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Je suis conscient(e) que votre entreprise possède, à partir de la réception de cette demande d’accès, 30 jours pour y répondre. Si je n’ai pas eu de réponse d’ici les 30 prochains jours, cette demande sera considérée comme refusée, et je pourrai alors initier des démarches auprès de la Commission d’accès à l’information (CAI).

Je suis aussi conscient(e) que des frais minimaux peuvent m’être exigés pour que votre entreprise puisse produire une copie de ces documents, ces montants étant alignés avec les [informations suivantes](https://www.cai.gouv.qc.ca/documents/CAI_FI_cout_acces_ent_priv.pdf).

Vous en remerciant à l’avance, je vous prie d’agréer mes salutations distinguées.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Signature du demandeur  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nom complet du demandeur  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Date | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Adresse  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Numéro de téléphone du demandeur  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Adresse courriel du demandeur |