



CLINIQUE GO™

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

de la Clinique GO

(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 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](#).

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

\_\_\_\_\_  
Signature du demandeur

\_\_\_\_\_  
Adresse du demandeur

\_\_\_\_\_  
Nom complet du demandeur

\_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone du demandeur

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Adresse courriel du demandeur