



**Loi sur la protection des renseignements
personnels sur la santé (LPRPS)
Formulaire de demande d'accès ou de correction**

À noter: Le présent formulaire constitue une demande officielle visant à accéder à vos renseignements personnels sur la santé ou à les corriger. Avant de le remplir, vous êtes invité à communiquer avec le service concerné de la Ville afin de demander d'accéder à vos renseignements personnels sur la santé ou de les corriger grâce au processus non officiel de demande d'accès.

Votre demande d'accès ou de correction sera traitée dans le délai fixé par la Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé, 2004. Le délai prévu pour répondre aux demandes sera calculé à partir de la date de réception par la Ville d'Ottawa du présent formulaire.

Frais: Photocopies et imprimés ----- 0,20 \$ par page
 Copie électronique (si disponible) ----- 10 \$ par disquette
 Programmation pour établir un dossier à partir d'un document lisible par machine ----- 15 \$/15 minutes/personne
 Frais additionnels ----- Coûts de facturation

Partie A : Doit être remplie par l'auteur de la demande

<input type="checkbox"/> Accès aux renseignements personnels sur la santé <input type="checkbox"/> Correction des renseignements personnels sur la santé	Faire parvenir à: Ville d'Ottawa Bureau de l'accès à l'information et de la protection de la vie privée 110, avenue Laurier Ouest Ottawa (Ontario) K1P 1J1 Code de courrier: 01-98
---	--

Veillez fournir, le cas échéant, tout nom de famille antérieur à celui apparaissant dans le dossier de renseignements personnels sur la santé s'il est différent de celui figurant ci-dessous.

Renseignements sur l'auteur de la demande

Nom	Prénom	Second prénom
Adresse	Ville	Province
Code postal	Téléphone (en journée)	Téléphone (en soirée)

Email

Description détaillée des renseignements personnels sur la santé auxquels vous souhaitez accéder ou que vous souhaitez corriger : (Pour une demande de correction, veuillez indiquer la nature de la correction souhaitée et fournir tout document d'accompagnement pertinent)

Mode préféré d'accès à l'information: <input type="checkbox"/> Envoi d'une copie des originaux <input type="checkbox"/> Consultation des originaux (sur place seulement)	Signature de l'auteur de la demande :	Date :		
		Jour	Mois	Année

Partie B : À usage interne seulement

Date de réception de la demande Jour Mois Année	Demande reçue par : (lettres moulées svp) Signature :
--	--

Les renseignements personnels demandés sont recueillis en vertu de l'article 53 de la Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé et serviront à répondre à votre demande. Toute question concernant cette collecte doit être adressée au bureau de l'accès à l'information et de la protection de la vie privée, Direction du greffe, 110, avenue Laurier Ouest, Ottawa (Ontario) K1P 1J1, téléphone : (613) 580-2424, poste 21898