

**AUTORISATION
DE COMMUNIQUER
DES RENSEIGNEMENTS
CONTENUS AU DOSSIER**



DT9060

Nom et prénom à la naissance			
Nom actuellement utilisé			
Adresse actuelle de l'utilisateur			
N° de la RAMQ	Date de naissance	Mois	Jour
	Année		

N° de dossier : _____ Date d'admission : _____

Nom et prénom du père	Nom et prénom de la mère
Autres noms utilisés antérieurement	

Je, soussigné-e, _____
Nom et adresse

En ma qualité de _____
Usager ou personne autorisée

Autorise l'établissement Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ)

À faire parvenir à recevoir et à communiquer avec le Centre Réadaptation Déficience Physique du CISSS-MO

Les renseignements suivants : tous les renseignements nécessaires à l'évaluation de ma conduite automobile incluant M-28 (rapport d'examen médical), M-5 (rapport d'examen visuel) et M-14 (rapport d'examen médical du neurologue)

Pour les soins ou services reçus se rapportant à la période suivante : l'année en cours et les années antérieures

Contenus dans le dossier de l'utilisateur ci-dessus identifié.

Je comprends que la transmission de ces informations peut avoir comme conséquence, entre autres, que la SAAQ demande des évaluations complémentaires, modifie les conditions de mon permis de conduire et peut, dans certains cas, rendre non valide mon permis de conduire.

Cette autorisation est valable jusqu'à ce que débute le suivi par l'équipe du programme de conduite automobile

Signataire : usager ou personne autorisée

Année	Mois	Jour
Date		

Témoin à la signature

Année	Mois	Jour
Date		

N.B. : On doit s'assurer que les signataires de cette formule sont autorisés à le faire conformément aux textes législatifs en vigueur. Et le cas échéant, prière de mentionner à quel titre (curateur ou titulaire de l'autorité parentale) la personne est autorisée à signer.