****

**CONSENTEMENT À LA DIVULGATION ET À L’ÉCHANGE D’INFORMATIONS ET DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

* ***L’association PAUSE ou intervenant souhaitant divulguer et/ou échanger l’information personnelle***

* ***L’association PAUSE ou intervenant recevant les informations***

Je soussignée, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, consens à ce que le ou les intervenants de l’association PAUSE puissent divulguer et/ou échanger de l’information personnelle pertinente dans mon dossier. Ce consentement autorise le ou les intervenant œuvrant pour l’association PAUSE ou tout intervenants du *Centre intégré de santé et de services sociaux* ou autres organisations. Les informations resteront strictement confidentielles.

En tout temps, je pourrai retirer mon consentement à la divulgation et à l’échange d’informations.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature de la personne concernée ou de son responsable Date