



**SERVICES DE DIVULGATION
CONSENTEMENT À DIVULGUER LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS**

Je soussigné(e), _____,
(nom complet en caractères d'imprimerie)

domicilié(e) au _____,
(adresse)

consens par la présente à divulguer tout renseignement en la possession de la Catholic Children's Aid Society of Toronto à la personne suivante :

(nom en caractères d'imprimerie)

Je comprends que le présent formulaire de consentement sera valide pendant 12 mois à compter de sa signature.

Je comprends l'avis écrit de la Catholic Children's Aid Society of Toronto qui porte sur la collecte, l'utilisation et la divulgation de données.

Je comprends que la Catholic Children's Aid Society of Toronto me demande que je consente à ce qu'elle divulgue des renseignements à mon sujet.

Je comprends que je puis refuser de signer le présent formulaire ou retirer mon consentement par un avis écrit à cet effet.

Signé à _____ le _____^{er/e} jour du mois

d'/de _____ 20_____

Signature : _____

Témoïn : _____