



Centre hospitalier
de l'Université de Montréal

ID de l'utilisateur : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

NAM : _____

Numéro de téléphone : _____

Date de naissance : _____

Nom de la mère : _____

Nom du père : _____

DEMANDE DE RECTIFICATION AU DOSSIER MÉDICAL D'UN USAGER

Veuillez cocher si urgent (Facultatif) Requis avant le : _____
AAAA / MM / JJ

Je, soussigné(e) _____

En ma qualité de :

Usager

Représentant légal (joindre une preuve de votre titre)

Titulaire de l'autorité parentale

Autre (préciser) : _____

Autorise le : Centre hospitalier de l'Université de Montréal à rectifier les informations ci-dessous.

Veuillez inscrire :

Les informations à rectifier - Nom et type des documents concernés - Date des documents nommés

Raison(s) de la demande de rectification :

** Si l'espace est insuffisant sur le formulaire, vous pouvez utiliser le verso du formulaire ou une page vierge **

Signature de l'utilisateur : _____ Date : _____
(ou de son représentant légal) *AAAA / MM / JJ*

Signature du témoin : _____ Date : _____
AAAA / MM / JJ