



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