

**AUTORISATION DE DIVULGATION DE
RENSEIGNEMENTS DE CLIENTS DE L'ARMÉE DU SALUT À
D'AUTRES ORGANISATIONS**



À : _____
[Nom de l'entité de l'Armée du Salut]

[adresse complète]

[n^{os} de tél. et de téléc.]

[adresse de courriel]

[Pour (nom de la personne), le cas échéant]

Je _____, [prénom et nom] autorise la divulgation ou l'échange de renseignements au sujet de :

À : _____
[nom de : personne/organisation/fournisseur de services/organisme gouvernemental]

[adresse complète, y compris la ville et la province]

[n^{os} de tél. et de téléc. (s'ils sont connus)]
(ci-après dénommée l'« autre partie »)

J'autorise l'Armée du Salut et l'autre partie à divulguer des renseignements me concernant soit en personne, par téléphone ou par voie électronique pour permettre à l'Armée du Salut de m'offrir des services.

La présente autorisation est valide pour une période de trois (3) mois, à compter du _____
[date] jusqu'au _____ [date].

Nom (en lettres moulées) : _____

Signature : _____

Nom du témoin (en lettres moulées) : _____

Signature : _____