

DÉCLARATION DE REFUS DE FOURNIR DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Je, soussigné(e), _____ refuse de fournir les renseignements suivants demandés par la résidence.

- Le nom de la personne à prévenir en cas d'urgence.
- Mes besoins particuliers.
- Mes problèmes de santé, notamment mes allergies.
- Le nom de mon médecin traitant.
- Le nom de mon pharmacien.
- Le nom de la personne responsable de mon dossier au centre de santé et de services sociaux du territoire où est située ma résidence.

Signature du résident

Date