



CAPR

Canadian Alliance
of Physiotherapy
Regulators

ACORP

Alliance canadienne des
organismes de réglementation
de la physiothérapie

1243 Islington Avenue, Suite 501
Toronto, Ontario M8X 1Y9

P : 416 234 8800 | F : 416 234 8820

www.alliancept.org

Consentement à la divulgation d'informations se rapportant à l'évaluation

Je soussigné(e) (votre nom en caractère d'imprimerie), _____ ,
autorise l'Alliance canadienne des organismes de réglementation de la physiothérapie à divulguer:

_____ Des informations concernant ma demande d'évaluation, y compris le statut de mon évaluation, les délais et progrès de l'examen de mes titres de compétences, le résultat final de l'évaluation, et toute autre information se rapportant à mon dossier.

OU

_____ Seulement les informations suivantes concernant mes titres de compétence (Décrivez l'information d'évaluation qui peut être divulguée):

À (indiquez le nom et l'adresse de la personne demandant les informations):

Je comprends que ce formulaire n'autorise pas la personne demandant les informations à prendre de décisions à ma place (le candidat). Je comprends aussi que je peux refuser de signer ce formulaire de consentement.

Mon nom: _____

NIP (si assigné): _____

Date de naissance: _____

Adresse: _____

Téléphone Domicile: _____ Téléphone Travail: _____

Signature: _____ Date: _____

Nom du Témoin: _____

Adresse: _____

Téléphone Domicile: _____ Téléphone Travail: _____

Signature: _____ Date: _____