



4949 Charlevoix suites 201 et 301
Montréal-Nord, Québec
H1G 6L6
514-322-4790 et 514-328-2565
www.cotegilbert.com

Formulaire de consentement pour la collecte et l'utilisation de renseignements personnels d'une personne mineure (moins de 14 ans)

Je soussignée(e), _____, donne par la présente mon consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation des renseignements personnels de la personne mineure, _____, dont je suis le/la tuteur/trice légal(e), par Soins dentaires Côté Gilbert dans le but de lui fournir des services dentaires.

Je reconnais avoir reçu des informations sur la manière dont ses renseignements personnels seront collectés, utilisés, partagés, stockés et protégés.

Je reconnais avoir reçu des informations sur ses droits relatifs aux renseignements personnels.

Les informations précédentes se retrouvent dans la politique de confidentialité de Soins dentaires Côté Gilbert.

Je comprends que le consentement est valide tant que la personne mineure est patiente de Soins dentaires Côté Gilbert et que je peux retirer le consentement à la collecte et à l'utilisation des renseignements personnels de _____ à tout moment selon la procédure décrite dans la politique de confidentialité de Soins dentaires Côté Gilbert. Cependant, cela pourrait empêcher Soins dentaires Côté Gilbert de lui fournir des services dentaires.

J'ai lu et compris les informations ci-dessus et consens volontairement à la collecte et à l'utilisation des renseignements personnels telle que décrite.

Signature : _____

Nom imprimé : _____

Nom imprimé de la personne mineure : _____

Date: _____

Jour/mois/année