MEDICAL COUNCIL OF CANADA | LE CONSEIL MÉDICAL DU CANADA

ADRESSE
1021 PLACE THOMAS SPRATT
OTTAWA ON K1G 5L5
CANADA

POUR NOUS JOINDRE
MCC.CA
Tél : 613-520-2240
Courriel : service@mcc.ca

AUTORISATION DE DIVULGUER OU DE RECEVOIR DE L'INFORMATION CONCERNANT UN CANDIDAT DU CMC

Le Conseil médical du Canada (« CMC ») n'a pas la permission de divulguer de l'information personnelle au sujet d'un candidat à une tierce partie (c.-à-d. un parent, un ami ou un mandataire) sans le consentement du candidat. Un candidat peut autoriser une tierce partie (« mandataire ») à communiquer et/ou à agir en son nom en fournissant les détails suivants conformément à la politique du CMC en matière de protection des renseignements personnels.

AUTORISATION DU CANDIDAT

REMPLIR EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE ou TAPER À LA MACHINE

Je *(nom au complet)* _____ *(tél.)* _____

(courriel) _____ *(Matricule du CMC)* _____

autorise mon mandataire *(nom au complet)* _____

à communiquer avec le CMC en mon nom concernant (*veuillez cocher ☑ tous les éléments qui s'appliquent*) :

☐ le traitement et l'état de ma **demande de vérification à la source (DVS)**

☐ le traitement de ma **demande** pour l'examen sélectionnée ci-dessous :

☐ EACMC ☐ Examen de la CNE ☐ Tous les examens

Cette Autorisation, ainsi que l'accès du Mandataire, expirera un an à compter de la date de signature du présent document, à moins qu'elle soit retirée par le Candidat ou par le CMC, à l'unique discrétion de l'une ou l'autre des parties, à tout moment sans le consentement du Mandataire, avec ou sans préavis.

Je comprends qu'il ressort de ma responsabilité d'informer le CMC, avant la date d'expiration, si je ne souhaite plus que le Mandataire indiqué dans la présente Autorisation agisse en mon nom et je comprends que je demeure responsable de l'utilisation de mes informations et de mon compte par le Mandataire.

Je reconnais que le CMC n'assume aucune responsabilité en rapport avec la présente Autorisation, y compris toute violation ou action non autorisée de la part du Mandataire. J'accepte d'indemniser, de défendre et de dégager de toute responsabilité le CMC, ses dirigeants, représentants, administrateurs, employés et mandataires contre toutes pertes, toutes dépenses, tous dommages et tous coûts résultant de ou liés à la présente Autorisation et de toute violation de celle-ci.

✕ _____ _____

* Signature du candidat | * Date (aaaa/mm/jj)

[Le Consentement du Mandataire figure à la page suivante]

MEDICAL COUNCIL OF CANADA | LE CONSEIL MÉDICAL DU CANADA

ADRESSE
1021 PLACE THOMAS SPRATT
OTTAWA ON K1G 5L5
CANADA

POUR NOUS JOINDRE
MCC.CA
Tél : 613-520-2240
Courriel : service@mcc.ca

CONSENTEMENT DU MANDATAIRE

REMPLIR EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE ou TAPER À LA MACHINE

Je *(nom au complet)* _____ consent agir à titre de

mandataire pour le compte de *(nom du candidat)*_____

selon les pouvoirs qui me sont conférés ci-dessus. Voici mes coordonnées :

_____
Adresse

_____ _____
Tél. Courriel

Je comprends que je ne suis pas autorisé à divulguer les informations du Candidat à un tiers (par exemple, un parent, un ami ou un mandataire) sans le consentement écrit préalable du Candidat et que toutes les informations du Candidat sont confidentielles et ne seront utilisées que pour communiquer avec le CMC au nom du Candidat aux fins spécifiées dans l'Autorisation du Candidat.

Je reconnais que le CMC n'assume aucune responsabilité en rapport avec la présente Autorisation, y compris toute violation ou action non autorisée de la part du Mandataire. J'accepte d'indemniser et de défendre le CMC, ses dirigeants, représentants, administrateurs, employés et mandataires contre toutes pertes, toutes dépenses, tous dommages et tous coûts résultant de ou liés à la présente Autorisation et de toute violation de celle-ci et de dégager le CMC, de ses dirigeants, représentants, administrateurs, employés et mandataires de toutes responsabilités.

X _____ _____
* Signature du mandataire * Date (aaaa/mm/jj)