



N°

N° site

Année

N° grief

## AUTORISATION DE COMMUNICATION MÉDICALE

JE, SOUSSIGNÉ-E :

\_\_\_\_\_

(nom)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(adresse)

AUTORISE :

\_\_\_\_\_

(identification du médecin traitant ou du bureau de santé)

À COMMUNIQUER À MON SYNDICAT :

\_\_\_\_\_

(nom)

\_\_\_\_\_

(adresse)

À L'ATTENTION DE L'AGENTE SYNDICALE RESPONSABLE DE MON DOSSIER, LE CONTENU OU UNE COPIE DE MON DOSSIER MÉDICAL CONCERNANT MA PRÉSENTE INVALIDITÉ\*.

J'AUTORISE ÉGALEMENT MON SYNDICAT À COMMUNIQUER À LA FÉDÉRATION INTERPROFESSIONNELLE DE LA SANTÉ DU QUÉBEC – FIQ, À L'ATTENTION DE LA CONSEILLÈRE SYNDICALE RESPONSABLE DE MON DOSSIER, LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS PERTINENTS ET NÉCESSAIRES CONTENUS DANS MON DOSSIER DE GRIEF.

\_\_\_\_\_

(date)

\_\_\_\_\_

(signature de la salariée)

*\* Les frais reliés à la reproduction du dossier médical sont à la charge de la salariée.*

original : médecin traitant ou bureau de santé    copie : à conserver au dossier    copie : salariée    copie : FIQ