

Service de transport adapté

Autorisation à la communication du dossier d'un usager du service de transport adapté à un autre organisme public de transport en commun en raison de son déménagement à l'extérieur de la ville de Laval

1. IDENTIFICATION DE L'USAGER

N° de client au service de transport adapté :

Prénom et nom de l'usager (en lettres moulées) : _____

2. DATE ET ADRESSE DE DÉMÉNAGEMENT DE L'USAGER

Date du déménagement : Année Jour Mois

Nouvelle adresse :

Numéro	Rue	N° appartement
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Municipalité		
<input type="text"/>		
No de téléphone (si changement)		Code postal
<input type="text"/>		<input type="text"/>

3. AUTORISATION DU REQUÉRANT

Je, soussigné-e, _____

usager·ère du service de transport adapté de la Société de transport de Laval (la « STL ») identifié·e au point 1

représentant·e légal·e de l'usager du service de transport adapté de la STL identifié à la partie 1, à titre de :

- | | | |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> tuteur·trice au majeur | <input type="checkbox"/> titulaire de l'autorité parentale (usager de moins de 18 ans) | <input type="checkbox"/> personne nommée en vertu d'une autorisation de représentation temporaire |
| <input type="checkbox"/> tuteur·trice au mineur | <input type="checkbox"/> personne nommée en vertu d'un mandat de protection homologué | |

domicilié-e au _____

et pouvant être rejoint à l'adresse courriel _____,

autorise la STL à communiquer tous les renseignements et documents contenus au dossier de l'usager identifié au point 1 détenu par le service du transport adapté de la STL à l'organisme public de transport en commun suivant:

À cet égard, je comprends que dans le cadre de la prestation de services de transport adapté, la STL a recueilli et conserve dans ce dossier plusieurs renseignements personnels concernant cet usager (date de naissance, coordonnées, informations médicales, etc.) et autorise la communication de ces renseignements à l'organisme public de transport en commun ci-haut identifié.

Cette autorisation est valide jusqu'à la communication des renseignements à cet organisme, à moins que je ne la révoque par écrit avant l'expiration de ce délai.

4. SIGNATURE DU REQUÉRANT

Signée à _____,

le

Année	Jour	Mois

Signature

ATTENTION : Tout formulaire incomplet ne sera pas considéré comme valide et aucun renseignement ne sera transmis à l'organisme public de transport en commun identifié au point 3.

Transmettez ensuite le formulaire rempli :

par courriel à l'adresse
transportadapte@stl.laval.qc.ca

ou

par courrier postal à l'adresse

Société de transport de Laval
Service de transport adapté
2250, av. Francis-Hugues Laval (Québec)
H7S 2C3

SECTION RÉSERVÉE À LA STL

Vérification du contenu du formulaire et communication des renseignements à l'organisme identifié au point 2

Vérification du contenu du formulaire effectuée le :

Année			Jour		Mois	

Le formulaire est complet : Oui Non et le requérant en a été informé le :

Année			Jour		Mois	

Par : Courriel La poste Autre : _____

Communication à l'organisme effectuée le :

Année			Jour		Mois	

Mode de communication : Courriel Par la poste Autre : _____

Prénom, nom et titre de la personne ayant effectué la vérification et la communication, le cas échéant :
