

**AUTHORIZATION to release medical information /
AUTORISATION de communiquer des renseignements médicaux**

I, the undersigned / Je, soussigné(e) : _____

McGill ID : _____

Authorize the Occupational Health Program Administrator / Autorise l'Administratrice,
Programme de santé au travail :

To forward to / À faire parvenir à : _____

The following information / Les renseignements suivants :

By Email / Par Courriel : _____

By Fax / Par Télécopieur : _____

For pickup by / Pour cueillette par : _____

Patient's signature / Signature du patient : _____

Witness / Témoin : _____

Date : _____

Notice Concerning Confidentiality:

This message, which contains privileged and confidential information, is strictly for the use of the addressee. If you are not the intended recipient, you are hereby officially notified that it is strictly prohibited to reveal, circulate or copy this message in any way. If you have received this communication in error, please advise us immediately by telephone and return it to us collect at the address shown on the letterhead.

Avertissement concernant la confidentialité :

Ce message est strictement réservé à l'usage de l'individu ou de l'entreprise à qui il est adressé et contient de l'information privilégiée et confidentielle. Si vous n'êtes pas le destinataire projeté de ce message, vous êtes par la présente avisé que tout dévoilement, distribution ou copie de cette communication est strictement prohibé. Si vous avez reçu cette communication par erreur, veuillez nous téléphoner immédiatement et nous retourner le message, à nos frais, à l'adresse mentionné en-tête.