

**CONSENTEMENT RELATIF À LA COLLECTE, AU MAINTIEN ET À
L'UTILISATION DE L'INFORMATION PUBLIÉE ET
DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

Je reconnais par la présente que j'ai eu l'occasion de prendre connaissance du document intitulé **Politique de confidentialité du Répertoire canadien des psychologues offrant des services de santé**. Je consens par la présente à ce que toute l'information que peut détenir le Répertoire canadien des psychologues offrant des services de santé (RCPOSS) à mon sujet soit recueillie, conservée et utilisée conformément aux dispositions de la politique de confidentialité du RCPOSS.

Signature : _____

Date : _____