

Formulaire pour le transfert d'un dossier

Renseignements sur le client

☐ M. ☐ M^{me} Prénom : _____ Nom : _____

N° de client : _____ Numéro de téléphone : (_____) _____ - _____

Adresse (résidence) :

_____ N° civique _____ Rue _____ N° d'appartement _____

_____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Nom et prénom du demandeur : _____ Lien avec le client : _____
(si différent du client)

Coordonnées du transporteur où doit être transféré le dossier

Nom de l'organisme de transport adapté : _____

_____ N° civique _____ Rue _____ Ville _____

_____ Province _____ Code postal _____

Autorisation

Je, _____, soussigné(e), consens à ce que les renseignements personnels me concernant, contenus dans les dossiers du STAC, soient transmis aux organismes de transport adapté dont j'utiliserai les services lors de mes déplacements. Ceux-ci seront traités en toute confidentialité conformément à la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*.

Signature : _____

Date : _____ jj / mm / aaaa

Svp acheminer votre formulaire par courriel à courriel@stacquebec.ca, par télécopieur au 418 687-6320 ou par la poste au 2750, boulevard Wilfrid-Hamel, Québec (QC) G1P 2J1.