

## Autorisation de représentation

Madame, Monsieur,

Par la présente, je \_\_\_\_\_, autorise la personne présidente du  
(MAJUSCULES)  
SEPB-575 ou une personne intervenante spécialisée en santé choisie par le SEPB-575 à me  
représenter dans le cadre de la gestion de mon dossier d'invalidité.

Dans ce contexte, cette personne a l'autorisation de discuter avec les représentants de  
l'assureur et les professionnels de la santé désignés par eux.

En outre, j'autorise le SEPB-575 à recueillir, détenir et conserver des informations  
confidentielles pertinentes me concernant. Je comprends que ces informations peuvent être  
détruites après la fermeture de mon dossier.

Espérant le tout conforme, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'assurance de notre  
meilleure considération.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Numéro de certificat