**Formulaire d’autorisation à communiquer des renseignements à un député**

AVIS – La Commission de l’immigration et du statut de réfugié du Canada (CISR) ne peut communiquer à un député ni au personnel du bureau d’un député des renseignements personnels au sujet d’une procédure devant la CISR que si la personne en cause dans cette procédure lui confirme par écrit qu’elle a fait appel au bureau du député.

En remplissant le présent formulaire, la personne en cause autorise la CISR à communiquer au député désigné (ou à un membre du personnel du bureau du député) des renseignements personnels concernant la procédure dont elle fait l’objet. Cette autorisation se limite à la communication des renseignements de la CISR qui ont été demandés par le député (ou son bureau).

Cette autorisation peut être retirée en tout temps. Pour valider son retrait, la personne en cause doit le confirmer par écrit à la Direction générale des communications de la CISR.

**AUTORISATION**

Je, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorise par la présente la Commission de

 nom de la personne, en caractères d’imprimerie

l’immigration et du statut de réfugié du Canada à communiquer à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, député de nom du député, en caractères d’imprimerie

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ou à un membre du personnel de son bureau

 nom de la circonscription, en caractères d’imprimerie

des renseignements personnels concernant la procédure devant la CISR précisée ci-dessous. Je comprends qu’il s’agit d’une communication de renseignements confidentiels, qui ne doivent pas être utilisés à d’autres fins que la transmission, en mon nom, de renseignements sur la procédure dont je fais l’objet à mon député ou à son bureau.

Section de la protection des réfugiés No de dossier \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Section d’appel des réfugiés No de dossier \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Section de l’immigration No de dossier \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Section d’appel de l’immigration No de dossier \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Signature de la personne) (Date : jour/mois/année)