

Authorization for Release of Information / Autorisation pour la diffusion de renseignement

**From /
Du :**

Please print your name / Voulez imprimer votre nom lisiblement

To / Destinataire: Royal College / Collège royal

I, the above-named physician, hereby authorize the Royal College to furnish and release to:
Je, le médecin ci-haut mentionné(e), autorise le Collège royal à fournir et à diffuser à:

Name / Nom

Title / Titre

any and all my records related to the following matters (*check all that apply*) :

tous mes dossiers se rapportant aux domaines suivants (*cochez les cases qui conviennent*):

- Credentialing
- Examination eligibility
- Examination results
- Examination results letter
- Correspondence

- Examen des titres
- Admissibilité aux examens
- Résultats d'examen
- Lettre informant de résultats d'examen
- Correspondance

This authorization expires two years from the date of signing. A photocopy or scanned copy of this authorization shall serve in its stead.

Cette autorisation expire deux ans à compter de la date de signature. Une photocopie ou une version numérisée de cette autorisation peut être utilisée au besoin.

**Dated at /
Fait à:**

City and Province / Ville et province

Date:

Day, Month, Year / Jour, mois, année

*Witness Name (print clearly)
Nom du témoin (imprimer lisiblement)*

*Applicant Name (print clearly)
Nom du (de la) candidat(e) (imprimer lisiblement)*

*Witness Signature
Signature du témoin*

*Applicant Signature
Signature du (de la) candidat(e)*