

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

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*) :

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

This authorization shall continue until revoked by me in writing. A photocopy or scanned copy of this authorization shall serve in its stead.

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

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

Cette autorisation restera en vigueur jusqu'à ce que je la révoque par écrit. 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)*