

Fòm Revokasyon

Otorizasyon pou Divilge Enfòmasyon pou Help Me Grow

Enfòmasyon Patisipan:

Non Timoun: _____ Dat Nesans: _____

Adrès: _____

Paran/Moun kap bay swen: _____

Telefòn: _____ Imèl: _____

Mwen (reprizantan endividyèl/pèsonèl moun ki anwo a) nan dokiman sa a revoke (anile) otorizasyon preyalab mwen an epi rebran pèmision m pou HMG Maine pataje dosye yo avèk

Non Moun: _____ Óganizasyon: _____

Adrès: _____

Ri

Vil/Vilaj

Eta

Kòd Postal

Telefòn: _____ Adrès imèl (ochwa): _____

Mwen konprann epi mwen aksepte ke:

Mwen konprann ke fòm sa a aplike sèlman nan pwochen enfòmasyon. Yo pa ka rebran dosye yo te pataje avèk pèmision alekri mwen. Mwen konprann ke revokasyon sa a pa p anvigè jiskaske HMG Maine resevwa l.

Dat: _____ Siyati _____

Internal Staff Only:

Date Received: _____

