Post-Secondary Education, Training and Labour
Apprenticeship and Occupational Certification

Éducation postsecondaire, Formation et Travail
Apprentissage et Certification professionnelle

CONSENT TO DISCLOSE INFORMATION TO THIRD PARTY

CONSENTEMENT DE DIVULGATION D'INFORMATIONS

470, rue York Street
P.O. Box 6000 / C. P. 6000
Fredericton, NB E3B 5H1

CLIENT ID No. / N° D'IDENT. DU CLIENT	REGION / RÉGION

OCCUPATION NAME / NOM DE LA PROFESSION	OCC. CODE / CODE PROF.	APPLICATION NO. / N° D'IDENT. DE LA DEMANDE

PERSONAL / PERSONNEL

GIVEN NAME / PRÉNOM	MIDDLE NAME / 2 e PRÉNOM	FAMILY NAME / NOM DE FAMILLE	PREVIOUS SURNAME / NOM DE FAMILLE PRÉCÉDENT
PREFERRED NAME / NOM PRÉFÉRÉ	DATE OF BIRTH / DATE DE NAISSANCE (Y / A, M, D / J)	S.I.N. / N.A.S.	TELEPHONE / TÉLÉPHONE

MAILING ADDRESS / ADRESSE POSTALE	CITY OR TOWN / CITÉ OU VILLE	PROV.	POSTAL CODE / CODE POSTAL

DISCLOSURE OF TRADE RELATED INFORMATION / DIVULGATION DES INFORMATIONS RELIÉES À UN MÉTIER

CONSENT TO DISCLOSE INFORMATION TO THIRD PARTY
CONSENTEMENT DE DIVULGATION D'INFORMATIONS

I authorize the Apprenticeship and Occupational Certification Branch of the New Brunswick Department of Post-Secondary Education, Training and Labour to provide and disclose my:
J'autorise l'Apprentissage et certification professionelle, de l'Éducation postsecondaire, de la Formation et du Travail du Nouveau-Brunswick à fournir et à divulguer mes:

- ☐ Certification Information / Informations de certification
- ☐ Examination Information / Information sur les examens
- ☐ Financial Information / Information financière
- ☐ Technical Training Information / Information sur la formation technique
- ☐ Other information relevant to my participation in the Apprenticeship and Occupational Certification program / Autre information pertinente à ma participation dans le programme Apprentissage et certification professionnelle

To / à:

- ☐ Father / Pére
- ☐ Mother / Mére
- ☐ Legal Guardian / Tuteur légal
- ☐ Spouse / Époux
- ☐ Common Law Partner / Conjoint de fait
- ☐ Other: please specify / Autre: s'il vous plait préciser _____

Contact Information for Disclosure Person:
Coordonnées de la personne la divulgation:

Name / Nom: _____

Telephone / Téléphone: _____ Email / Courriel: _____

Address / Adresse: _____

_____

I understand that I can revoke this consent, or a portion thereof, at any time in writing and forwarding to the address indicated above:
Je comprends que je peux révoquer ce consentement, ou une partie de celui-ci, à tout moment par écrit et de transmettre à l'adresse indiquée ci-dessus.

_____ Signature

_____ Date (Y / A – M – D / J)