

## Protection des renseignements personnels

Si vous acceptez que les renseignements personnels indiqués ci-dessous soient divulgués au Réseau des diplômés et des donateurs de l'Université de Montréal, veuillez remplir le présent formulaire.

### Identification du participant

\_\_\_\_\_

Nom de famille

\_\_\_\_\_

Prénom légal

\_\_\_\_\_

Matricule

### Consentement de divulgation

#### Réseau des diplômés et des donateurs de l'Université de Montréal

Je consens à ce que le Régime de retraite de l'Université de Montréal transmette les renseignements personnels suivants au Réseau des diplômés et des donateurs de l'Université de Montréal à des fins philanthropiques.

Adresse courriel : \_\_\_\_\_  
*Veuillez indiquer l'adresse courriel à transmettre* *Veuillez apposer vos initiales*

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_  
*Veuillez indiquer le numéro de téléphone à transmettre* *Veuillez apposer vos initiales*

### Signature

Signé à \_\_\_\_\_ (ville), le \_\_\_\_\_ (date).

\_\_\_\_\_  
Signature du participant