



DEMANDE DE CHANGEMENT D'ADRESSE

1. Identification du demandeur et propriétaire

Prénom :	Nom de famille :
Entreprise ou organisme :	
Matricule(s) : (Utiliser une feuille supplémentaire au besoin)	

2. Anciennes coordonnées

Adresse (numéro, rue, appartement) :		
Ville :	Code postal :	Téléphone :

3. Nouvelles coordonnées

Adresse (numéro, rue, appartement) :		
Ville :	Code postal :	Téléphone :
Courriel :		

4. Protection des renseignements personnels

Les renseignements personnels recueillis par la Ville de Sainte-Agathe-des-Monts sont nécessaires à l'exercice de ses attributions et ils seront traités confidentiellement conformément aux politiques de la Ville lesquelles ont été adoptées en vertu de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection des renseignements personnels*.

Les renseignements personnels demandés sont obligatoires et serviront à traiter votre demande de rectification de renseignements personnels ou de changement de coordonnées. La Ville de Sainte-Agathe-des-Monts ne communiquera ces renseignements qu'à son personnel ou ses mandataires autorisés.

Toute question relativement au traitement de vos renseignements personnels, toute plainte ou toute demande d'accès ou de rectification de ces renseignements est possible en s'adressant au responsable de l'accès aux documents et de la protection des renseignements personnels de la Ville.

L'omission de fournir ces renseignements pourrait entraîner une incapacité de traiter votre demande.

5. Envoi du formulaire

Retournez ce formulaire dûment rempli et signé :

Services administratifs
Ville de Sainte-Agathe-des-Monts
50, rue Saint-Joseph
Sainte-Agathe-des-Monts (Québec) J8C 1M9
Courriel : taxation@vsadm.ca

En transmettant ce formulaire à la Ville, vous consentez à l'utilisation et la communication de vos renseignements personnels aux fins mentionnées selon les politiques de la Ville en vigueur. J'atteste que les renseignements fournis dans ce formulaire sont, à ma connaissance, véridiques et complets.	
Signature	Date (aaaa-mm-jj)