

CONSENT TO RELEASE CONTACT INFORMATION
A study regarding Barriers to Employment and Coping Efficacy

I, _____, hereby authorize my case manager to disclose my name, phone number and e-mail address to the project coordinator, Maud Mazaniello, in order to get more information concerning my potential participation in this research project.

By signing this form, I understand:

- that there are no risks associated with signing this consent;
- that the purpose is to facilitate communication between the research team and myself;
- that this consent will be effective from the date of signature and will last for one month, or until initial contact with the study coordinator, whichever occurs first;
- that I can revoke this consent at any time without any consequences;
- that signing this consent does not obligate me to participate in this project.

Name: _____

Phone number: _____

E-mail address (optional): _____

Best time to contact: _____ morning _____ afternoon _____ evening

May she leave a voice message if there is no answer? Yes _____ No _____

Signature: _____ Date: _____

Thank you for your time!

Sincerely,

Pr. Marc Corbière

Département d'éducation et pédagogie
Université du Québec à Montréal
C.P. 8888, Succursale Centre-Ville
Montréal (Québec) H3C 3P8

Case Manager: Please send this form back to the project coordinator via fax, e-mail or regular mail:

Maud Mazaniello, Research coordinator
Maud.Mazaniello.CEMTL@sss.gouv.qc.ca
Tel. : 514-251-4000 ext. 3685
Fax : 514-251-4120 **réf. Ri-228-24**

AUTORISATION DE TRANSMETTRE VOS COORDONNÉES
L'étude sur la validation de l'outil intitulé : « Obstacles à l'Insertion au Travail et sentiment d'Efficacité pour les Surmonter – Anciens Combattants (OITES-AC) »

Par la présente, je _____, accepte que mon intervenant divulgue mon nom, numéro de téléphone et adresse courriel à la coordonnatrice du projet OITES-AC, afin d'obtenir de plus amples renseignements au sujet de mon éventuelle participation à ce projet de recherche.

En signant ce formulaire, je comprends :

- Qu'aucun risque n'est associé à ce consentement;
- Que le but est de faciliter la communication entre l'équipe de recherche et moi-même;
- Que ce consentement sera valide pour 30 jours à partir de sa signature ;
- Que je peux révoquer ce consentement à tout moment sans aucune conséquence;
- Qu'en signant ce consentement, je n'ai aucune obligation à participer à ce projet.

Nom : _____

Numéro de téléphone : _____

Adresse courriel (optionnel): _____

Meilleur moment pour être contacté(e) : Matin ___ Après-midi ___ Soir ___

Est-ce que le coordonnateur peut laisser un message vocal en cas d'absence ? Yes ___ No ___

Signature: _____ Date: _____

Merci pour votre temps!

Cordialement,

Pr. Marc Corbière

Département d'éducation et pédagogie
Université du Québec à Montréal
C.P. 8888, Succursale Centre-Ville
Montréal (Québec) Canada H3C 3P8
Tél. : 514 987 3000 poste 5574
Courriel : corbiere.marc@uqam.ca

Votre gestionnaire de cas enverra ce formulaire à la coordonnatrice de recherche par courriel ou par fax.

Maud Mazaniello, coordonnatrice de recherche
Maud.Mazaniello.CEMTL@ssss.gouv.qc.ca
Tél. : 514-251-4000 poste 3685
Fax : 514-251-4120 réf. Ri-228-24

Merci!