|  |  |
| --- | --- |
|  | **Office de l’assurance-invalidité****Invalidenversicherungs-Stelle**Fribourg – FreiburgImpasse de la Colline 1, 1762 GivisiezT +41 26 426 70 00 — www.aifr.ch |

**Procuration : communication de données**

|  |  |
| --- | --- |
| Par la présente, en ma qualité de personne donnant procuration, j’autorise l’office AI à fournir des renseignements (oralement et par écrit) à la personne qui fait l’objet de la présente procuration et lui accorde le droit de consulter l’intégralité du dossier (y compris tous les documents médicaux et professionnels). Je libère l’office AI de son obligation de garder le secret dans le cadre de la présente procuration.La présente procuration n’autorise pas la personne qui fait l’objet de la présente procuration à procéder à des actes juridiques (notamment à former des objections à l’encontre d’un projet de décision).**Envoi automatique de dossiers**[ ]  Dès réception de la présente procuration, je donne mandat à l’office AI d’envoyer automatiquement à la personne qui fait l’objet de la présente procuration des copies de projets de décisions et de décisions, des copies de lettres relatives à l’obligation de collaborer et à l’obligation de réduire le dommage, dans la mesure où une disposition légale ne l’autorise pas à le faire.[ ]  Dès réception de la présente procuration, je donne mandat à l’office AI d’envoyer des copies de mes dossiers à la personne qui fait l’objet de la présente procuration. **Indication**:*si la présente procuration n’est pas remplie et que la personne qui fait l’objet de la présente procuration souhaite, à une date ultérieure, pouvoir consulter le dossier, elle est tenue de déposer une demande écrite à cet effet.***Validité / durée**Sauf déclaration contraire, la présente procuration est valable jusqu’à sa révocation. Sous réserve de dispositions légales contraires, la validité de la présente procuration ne s’éteint pas avec mon décès, avec la déclaration d’absence, ou avec la perte de ma capacité d’exercice des droits civils. | **Personne qui fait l’objet de la présente procuration**[ ]  Madame [ ]  MonsieurNom, prénom     Date de naissance     Institution / entreprise     NPA, lieu     Numéro de téléphone     Lieu, date     Signature de la personne**Personne qui donne la présente procuration**(personne assurée)Numéro AVS     [ ]  Madame [ ]  MonsieurNom, prénom     Date de naissance     Rue     NPA, lieu     Numéro de téléphone     Lieu, date     Signature de la personne qui donne la présente procuration ou de sa/son représentant/e légal/e*La procuration doit être signée de manière manuscrite. Si, pour des raisons de santé, cela ne s’avère pas possible, il est impératif de joindre à la présente un certificat médical correspondant.* |