



**CONSENT TO DISCLOSE  
INFORMATION TO THIRD PARTY**

**CONSETEMENT 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 <b>Construction Craft Worker / Ouvrier en Construction</b>	OCC. CODE CODE PROF.	APPLICATION NO. N° D'IDENT. DE LA DEMANDE
--	-------------------------	--

**PERSONAL / PERSONNEL**

GIVEN NAME / PRÉNOM	MIDDLE NAME / 2 <sup>e</sup> 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  
CONSETEMENT 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 professionnelle, 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 / Père
- Mother / Mère
- Legal Guardian / Tuteur légal
- Spouse / Époux
- Common Law Partner / Conjoint de fait
- Other: please specify / Autre: s'il vous plait préciser France Godbout

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

Name / Nom: France Godbout  
Telephone / Téléphone: 506-452-7643 Email / Courriel: ltinb@nb.aibn.com  
Address / Adresse: 572-D New Maryland  
New Maryland, NB E3C 1K1

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)