



Please PRINT clearly.

Re: _____
(print full name of patient)

of _____
(home address)

Date of Birth _____ Date of Admission _____
(date of birth) (date of admission)

I, _____
(print name of physician)

of _____
(name of psychiatric facility)

state that:

1. I personally examined the above-named patient who is an in-patient at the psychiatric facility named above on

(day / month / year)

2. I hereby cancel the certificate of incapacity to manage property issued on _____
in respect of the above-named patient. (day / month / year)

(signature of physician)

(day / month / year)

Note: *The Officer in Charge should forward the original or a PDF version of the original of the notice of cancellation to the Public Guardian and Trustee (email address: JUS-G-FJS-PGT-Intake@ontario.ca).*



Veillez écrire lisiblement en CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

Objet : _____
(nom et prénoms de la personne malade)

de/du : _____
(adresse personnelle)

Date de naissance : _____ (date de naissance) Date d'admission : _____ (date d'admission)

Je soussigné(e) : _____
(nom du médecin en caractères d'imprimerie)

de/du : _____
(nom de l'établissement psychiatrique)

déclare ce qui suit :

1. J'ai examiné la personne malade susmentionnée qui est hospitalisée à l'établissement psychiatrique susmentionné à la date suivante : _____
(jour / mois / année)

2. J'annule par les présentes le certificat d'incapacité délivré le _____
à l'égard de la personne malade susmentionnée. (jour / mois / année)

(signature du médecin)

(jour / mois / année)

Remarque :

La dirigeante ou le dirigeant responsable transmet au Tuteur et curateur public l'original de l'avis d'annulation ou une version PDF (adresse de courriel : JUS-G-FJS-PGT-Intake@ontario.ca).