

LES RÉSULTATS ATTENDUS DE LA PLAINTE (*OBLIGATOIRE):

***AUTORISATION DE DIVULGATION:** OUI

Veillez noter que le Commissaire aux plaintes fera suivre votre formulaire au bureau du Médecin examinateur à sa réception.

J'autorise le Médecin examinateur à transmettre une copie de la présente plainte au médecin concerné par ma plainte et ce, aux seules fins de son traitement. La confidentialité sera préservée tout au long du processus d'analyse de votre plainte.

Veillez noter que ce formulaire de plainte doit être signé pour être valide.

Signature de l'utilisateur

Date

Signature du représentant légal

Date

Ce formulaire de plainte dûment rempli **et signé** doit être acheminé vers le Commissaire aux plaintes et à la qualité des services soit par courriel à commissairesauxplaintes@ssss.gouv.qc.ca; par courrier au 105, boulevard Sacré-Cœur, Gatineau (Québec) J8X 1C5; par télécopieur au 819-771-7611. Vous pouvez également utiliser notre formulaire de plainte en ligne qui se trouve ici: <https://ciss-ouataouais.gouv.qc.ca/la-voix-de-lusager/faire-une-plainte/formulaire-de-plainte-en-ligne/>