FONDATION HOSPITALIERE D'AMOS INC

FORMULAIRE DE PLAINTE

À compléter lorsqu'une personne désire formuler une plainte à l'égard d'un incident lié à la protection des renseignements personnels.

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

No de téléphone _____

Adresse courriel _____

Motif et description (faits à l'appui) de la plainte, éléments reprochés, préjudice envisagé, mesures correctrices demandées et solution envisagée par le plaignant

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Qualité du plaignant (en son nom, en tant que tuteur ou titulaire de l'autorité parentale) _____

Signature_____ **Date** _____