**FORMULAIRE DE PLAINTE**

Si vous avez des questions ou avez besoin d’aide pour remplir ce formulaire, veuillez communiquer avec la registraire.

|  |
| --- |
| 1. **Renseignements à votre sujet (le plaignant)** |
| Mme  M.  Dr |
| Prénom et nom de famille : |
| Adresse : |
| Téléphone (domicile) : |
| Téléphone (travail) : |
| Courriel : |
| No d’immatriculation (pour les membres de l’ADNB qui déposent une plainte) : |
| 1. **Renseignements au sujet de la ou des diététistes ou internes en diététique contre qui vous déposez une plainte** |
| Prénom et nom de famille :  Adresse professionnelle :  Téléphone professionnel : |
| Prénom et nom de famille :  Adresse professionnelle :  Téléphone professionnel : |
| Prénom et nom de famille :  Adresse professionnelle :  Téléphone professionnel : |
| 1. **Votre plainte** |
| Veuillez fournir une description claire et concise de la plainte que vous avez concernant la ou les diététistes ou internes en diététique nommées dans ce formulaire. S’il y a lieu, veuillez inclure des exemples (p. ex., si vous prétendez que la personne s’est comportée de façon grossière, donnez un exemple). |
| Veuillez fournir le nom de toute autre personne concernée et décrire les renseignements qu’elle pourrait avoir concernant la plainte (p. ex., médecin, autre professionnel de la santé, patients, clients). |
| Cette plainte a-t-elle été déposée auprès d’un autre organisme ou agence (p. ex., Réseau de santé)?  Oui  Non  Veuillez fournir le nom de l’organisme ou de l’agence : |
| Veuillez dresser la liste des documents que vous envoyez. (Note : N’envoyez PAS la version originale.) |
| Quelles sont vos attentes par rapport à l’enquête? |

Veuillez noter que l’ADNB ne peut pas verser une compensation financière.

**Je comprends qu’en signant le présent formulaire, j’autorise l’Association des diététistes du Nouveau-Brunswick à :**

* ouvrir une enquête par la registraire;
* fournir une copie du formulaire de plainte à la ou aux diététistes ou internes en diététique nommées dans la plainte;
* fournir une copie de tout document joint au formulaire de plainte à la ou aux diététistes ou internes en diététique nommées dans la plainte afin de leur permettre d’y répondre; et
* demander une autorisation de divulgation des renseignements si d’autres documents sont nécessaires aux fins de l’enquête.

**RENSEIGNEMENTS AU SUJET DU PLAIGNANT**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom du plaignant au complet (en caractères d’imprimerie)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du plaignant Date

|  |
| --- |
| Réservé à l’administration (Merci au plaignant de ne pas remplir cette section.)  Date de réception : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Numéro de dossier : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |