

Formulaire de plainte

Commissariat régional aux plaintes et à la qualité des services



IDENTIFICATION DE L'USAGER

Nom: _____ Prénom: _____ Date de naissance : _____

Adresse complète : _____

Téléphone : _____ Adresse courriel : _____

IDENTIFICATION DU REPRÉSENTANT DE L'USAGER (s'il y a lieu)

Nom: _____ Prénom: _____ Lien avec l'utilisateur : _____

Adresse complète : _____

Téléphone : _____ Adresse courriel : _____

PLAINTÉ

Date de l'évènement : _____ Installation/Organisme communautaire visé : _____

DESCRIPTION DE L'ÉVÈNEMENT MENANT À LA PLAINTÉ

(Veuillez spécifier le lieu de l'évènement, le service concerné ou tout autre information pertinente. Si applicable, veuillez indiquer le nom de l'employé concerné ainsi que la fonction qu'il occupe.)

VOS ATTENTES EN DÉPOSANT CETTE PLAINTÉ

Courriel: complaints.nrbhss@ssss.gouv.qc.ca

Sans frais: 1 (833) 428-4242

Signature : _____

Date : _____

Traitement confidentiel de la plainté

Dans le cadre du traitement des plaintes, la Régie régionale de santé et services sociaux du Nunavik s'engage(nt) à respecter la confidentialité et à assurer la protection des renseignements personnels qu'elle détient tout au long de leur cycle de vie, de la collecte jusqu'à la destruction. Toute plainté est traitée de façon confidentielle.