

FORMULAIRE DE PLAINTE

Affaire N° : CP-2022-00

Reçu le:

Décision:

Décision rendue le:

Identification de la personne plaignante	
NOM PRÉNOM :	
Adresse :	
Téléphone domicile :	
Téléphone travail :	
Courriel :	
Mode de communication souhaité (cochez) :	Tél. Mail Autre
Identification du membre Kinésologue	
Nom prénom et N° du membre AKKOMQ	----- No :
Adresse	
Téléphone :	
Courriel :	
Objet de la plainte	
Titre résumé :	
Date et heure ou intervalle de temps où la faute aurait été commise :	
Lieu où s'est tenue l'intervention faisait l'objet de la plainte :	
Description détaillée de l'événement, des faits avancés, des paroles	

Preuves à l'appui (témoin, rapport d'un autre professionnel de la santé, notes, ...)	
Confidentialité	
J'accepte que le, la kinésologue soit informé-e de mon identité (cochez):	OUI _____ NON _____

Je, soussigné(e), affirme que tous les renseignements ci-dessus sont véridiques. Je m'engage à collaborer à l'enquête jusqu'à la fermeture du dossier.

NOM PRÉNOM et Signature

Date

Faire parvenir le formulaire dûment rempli et signé à : adjadm.akkomq@gmail.com OU plaintes@akkomq.ca

Si vous avez des questions sur le processus des plaintes et si vous avez besoin d'aide pour remplir le formulaire, n'hésitez pas à contacter un responsable à adjadm.akkomq@gmail.com OU plaintes@akkomq.ca

Vous pouvez demander un entretien téléphonique dans un premier temps : **1-800-891-6786**

Cordialement,