

Formulaire de plainte

Identification du plaignant

Nom :

Salutation : M. Mlle. Mme. Dr. Autre

Adresse postale :

Téléphone personnel :

Téléphone du bureau :

Pouvons-nous vous contacter au bureau ? Oui Non

Identification du clinicien (ou ancien clinicien)

Nom :

Fonction : Audiologiste Orthophoniste

Adresse professionnelle :

Quelle est votre relation avec le clinicien (ou ancien clinicien) ? Les exemples incluent, mais ne sont pas limités à, client, membre de la famille du client, collègue, employeur et employé.

Avez-vous, ou un membre de votre famille, reçu des services du clinicien (ou ancien clinicien) ?

Oui Non

Est-ce que vous ou un membre de votre famille recevez présentement des services du clinicien (ou ancien clinicien) ?

Oui Non



Association des orthophonistes & des audiologistes du Nouveau-Brunswick
New Brunswick Association of Speech-Language Pathologists & Audiologists

Veillez décrire les événements qui vous ont amené à déposer une plainte. Dans la mesure du possible, veuillez inclure des faits tels que les dates, heures, lieux et noms de toutes les personnes impliquées ou témoins d'un événement. Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez écrire sur une page séparée et la joindre au reste de la plainte.

Si vous avez des documents à partager en rapport avec votre plainte, veuillez les numériser et les envoyer par courriel au registraire (registrar@nbaslpa.ca) en indiquant votre nom dans le sujet.

Veillez énumérer tous les documents que vous soumettez :

Qu'espérez-vous qu'il adienne à la suite de votre plainte ?

Déclarations

- Je comprends qu'en vertu du règlement administratif no. 11 de l'AOANB, le clinicien (ou ancien clinicien), recevra une copie de la plainte et des documents connexes.**
- Je comprends qu'en vertu du règlement administratif no. 11 de l'AOANB, il peut y avoir un enquêteur et que celui-ci peut demander des explications écrites ou orales supplémentaires au plaignant, au défendeur ou à un tiers.**

Signature

Toutes les plaintes doivent être signées avec une signature physique ou numérique. Veuillez imprimer le formulaire une fois rempli, le sauvegarder, et l'envoyer à l'AOANB par courriel à registrar@nbaslpa.ca, par télécopieur au 1-866-455-9642, ou par la poste : C.P. 23113, Moncton, N.-B. E1A 6S8.

Date: