

FORMULAIRE DE PLAINTE

JE CROIS ÊTRE VICTIME DE HARCÈLEMENT :

Psychologique Sexuel Autre : _____

VOS COORDONNÉES :

Prénom et nom : _____

Programme de formation ou service administratif, selon le cas : _____

Tél. cellulaire ou domicile : _____ Tél. au travail (si applicable) : _____

COORDONNÉES DE LA PERSONNE MISE EN CAUSE (CONTRE QUI LA PLAINTÉ EST FORMULÉE) :

Prénom et nom : _____

Statut (employé, étudiant, autre) : _____

NOM(S) DU (DES) TÉMOIN(S) IDENTIFIÉ(S) PAR LE (LA) PLAIGNANT(E) :

Prénom et nom : _____ Tél. cellulaire ou domicile : _____

Prénom et nom : _____ Tél. cellulaire ou domicile : _____

SOLUTION(S) DÉSIRÉE(S) :

AUTRES DÉMARCHES ENTREPRISES :

Avez-vous manifesté votre désapprobation auprès de la personne mise en cause?

Oui Non

Si oui, quels ont été la nature et le résultat de l'échange? Veuillez préciser :

Si non, quels sont les facteurs qui vous ont dissuadé de le faire? Veuillez préciser :

Accepteriez-vous de tenter de régler la problématique par la médiation*?

Oui Non

* Le refus de la médiation ne porte pas préjudice au plaignant. Toutefois, le refus à la médiation doit être fait en raison d'un motif raisonnable.

AVEZ-VOUS ENTAMÉ D'AUTRES DÉMARCHES, PAR EXEMPLE EN DÉPOSANT UNE PLAINTE AUPRÈS DE LA COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE OU D'UN SERVICE DE POLICE ?

Non Oui Précisez laquelle : _____

ALLÉGATIONS :

Faits/gestes/conduite. Veuillez donner des détails (dates, heures, lieux, impact perçu, etc.).

S'il n'y a pas suffisamment d'espace, veuillez joindre une page supplémentaire.

DÉCLARATION :

Les faits qui sont énoncés dans ce formulaire sont vrais, autant que je sache. Je réalise que certains des renseignements que j'ai fournis pourront être divulgués par la personne qui s'occupera de traiter ma plainte, et ce, entre autres à la personne visée par cette plainte et aux personnes citées à titre de témoins, dans la mesure cependant où cela est nécessaire pour les fins de traitement de ma plainte. Je m'engage à faire preuve de la plus grande discrétion et à ne pas discuter de ce qui est contenu dans ce formulaire avec mes collègues ou autres personnes, sauf à des fins autorisées par la loi, par la politique ou à des fins de consultation auprès d'un conseiller, le cas échéant.

Et j'ai signé, à _____ (ville), ce _____ jour du mois de _____ 20____

Signature : _____

Une fois le formulaire complété et sauvegardé vous devez l'envoyer par courriel à : info@omega-ombs.ca