

FORMULAIRE DE PLAINTE

Date :

IDENTIFICATION DU CLIENT

Nom : Prénom : No empl. :

CISSS :

Téléphones Bureau : Poste : Cellulaire : Résidence :

Courriel :

IDENTIFICATION DU REPRÉSENTANT DU CLIENT (s'il y a lieu)

Nom : Prénom :

Titre :

Téléphones Bureau : Poste : Cellulaire :

Courriel :

DESCRIPTION SOMMAIRE

Objet :

DESCRIPTION DÉTAILLÉE

L'EXPOSÉ DES FAITS devrait nous permettre de répondre aux questions suivantes : SUR QUOI porte votre insatisfaction, QUI est en cause, COMMENT ça s'est passé, QUAND est-ce arrivé.

Vos attentes

Sauvegarder et envoyer par courriel à l'adresse suivante : plainte.paie.regionale.cisssmc16@ssss.gouv.qc.ca

Réservé au Service régional de la paie

Reçu le :

Par :