

FORMULAIRE DE SIGNALEMENT RELATIF À L'EXERCICE ILLÉGAL OU À L'USURPATION DE TITRE

DIRECTION, BUREAU DU SYNDIC

TÉL. 514 935-2501 OU
1 800 363-6048, OPTION 3
TÉLÉC. 514 935-5842

VEUILLEZ UTILISER CE FORMULAIRE POUR SIGNALER À LA DIRECTION, BUREAU DU SYNDIC UNE INFORMATION RELATIVE À L'EXERCICE ILLÉGAL DE LA PROFESSION OU À L'USURPATION DU TITRE D'INFIRMIÈRE OU D'INFIRMIER.

VEUILLEZ LE REMPLIR DIRECTEMENT À L'ÉCRAN ET L'IMPRIMER OU L'IMPRIMER ET LE REMPLIR À LA MAIN. VOUS DEVREZ ENSUITE LE SIGNER ET NOUS L'ACHEMINER PAR LA POSTE OU PAR TÉLÉCOPIEUR.

LES COORDONNÉES SUIVANTES NOUS PERMETTRONT D'ENTRER EN CONTACT AVEC VOUS.

1 Identification de la personne qui fait le signalement

| | | | | | |
|--|--|---------------------|--------|-------------|--|
| Nom | | | Prénom | | |
| N° de permis si vous êtes membre de l'OIIQ | | | Titre | | |
| Nom de l'établissement | | | | | |
| Adresse (n° rue) | | Ville | | Code postal | |
| Téléphone (maison) | | Téléphone (travail) | | Poste | |

2 Identification de la personne visée par votre signalement

| | | | | | |
|------------------|--|-------|-----------|-------------|--|
| Nom | | | Prénom | | |
| Adresse (n° rue) | | Ville | | Code postal | |
| Province | | | Téléphone | | |

3 Précision supplémentaire

La personne visée est-elle au courant du signalement que vous faites à l'OIIQ ? oui non

4 Identification des témoins

| Nom | Prénom | Téléphone (maison) | Téléphone (travail) |
|-----|--------|--------------------|---------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

5 Identification du lieu où se sont déroulés les événements

Lieu

Adresse (n° rue)

Ville

Code postal

Téléphone (maison)

Téléphone (travail)

Poste

6 Événements justifiant votre signalement

VEUILLEZ DÉCRIRE BRIÈVEMENT, PAR ORDRE CHRONOLOGIQUE, LES ÉVÉNEMENTS MOTIVANT VOTRE SIGNALEMENT EN INDIQUANT SI POSSIBLE :

- LES **DATES**
- LES **LIEUX**
- UNE **BRÈVE DESCRIPTION DES ÉVÉNEMENTS**
- LES **DÉMARCHES ENTREPRISES RELATIVEMENT À CES ÉVÉNEMENTS.**

SI VOUS DISPOSEZ DE DOCUMENTS PERTINENTS, VEUILLEZ EN ANNEXER UNE COPIE À VOTRE ENVOI.

IL EST IMPORTANT DE BIEN CONSERVER LES ORIGINAUX DE TOUS LES DOCUMENTS QUE VOUS JUGEZ PERTINENTS.

Résumé des événements

(AU BESOIN, AJOUTER DES FEUILLES SUPPLÉMENTAIRES)

| |
|--|
| |
|--|

Signature (obligatoire)

Année

mois

jour

VEUILLEZ ACHEMINER CE FORMULAIRE, SOUS PLI CONFIDENTIEL, À L'ADRESSE SUIVANTE :

Direction, Bureau du syndic

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
4200, rue Molson
Montréal (Québec) H1Y 4V4