**FORMULAIRE DE PLAINTE**

Veuillez remplir le formulaire ci-dessous afin de formuler votre plainte à l’égard d’un ou de plusieurs services du Centre pour les victimes d’agression sexuelle de Montréal.

Vous pouvez acheminer votre formulaire complété en fichier joint par courriel à plaintes@cvasm.ca avec l’objet : Direction-plainte-confidentiel.

|  |
| --- |
| **Coordonnées de la personne plaignante** |
| Vos coordonnées resteront confidentielles. Nous les utiliserons pour faire le suivi de votre plainte.  |
| Prénom |  |
| Nom |  |
| Adresse (no civique, rue, no d’appartement) |  |
|  |
| Ville |  |
| Province |  | Code postal  |  |
| Téléphone |  |
| Courriel |  |
| Si vous avez une préférence de moyen de communication (par ex., téléphone), veuillez indiquer lequel ici :  |  |
|  |
|  |
| **Objet de la plainte**  |
| Veuillez indiquer le ou les services visé(s) par la plainte en écrivant un X dans la case.  |
|  |  | Intervention médicosociale  |
|  |  | Suivi clinique individuel  |
|  |  | Info-aide violence sexuelle  |
| Veuillez décrire les faits (date, lieux, circonstances, etc.) à l’origine de votre plainte. |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Date : |  |
| Écrire votre nom en guise de signature :  |  |