



FORMULAIRE DE PLAINTÉ / PRÉOCCUPATION CONNEXE

Afin d'éviter tout délai, veuillez soumettre ce formulaire dûment rempli par courriel à :
registrar.aonb@gmail.com ou par la poste à : CONB, 795, rue Main, bureau 300, Moncton (N.-B.) E1C 1E9

1. VOS RENSEIGNEMENTS

Prénom : _____
Nom de famille : _____
Courriel : _____
Adresse postale : _____

Numéro de téléphone : _____

2. VEUILLEZ DÉCRIRE EN DÉTAIL L'INCIDENT ET VOTRE PRÉOCCUPATION / VOTRE MÉCONTENTEMENT OU INCONFORT

Veuillez inclure le nom de l'ostéopathe, la date, le lieu et ce qui s'est exactement produit. Si témoin, veuillez inclure le(s) nom(s) ainsi que les coordonnées de la ou des personnes ayant assisté à l'incident, le cas échéant.
Si nécessaire, joignez des pages supplémentaires.

3. VEUILLEZ DÉCRIRE LES DÉMARCHES QUE VOUS AVEZ ENTREPRISES JUSQU'À PRÉSENT POUR RÉSOUDRE VOTRE PRÉOCCUPATION / PLAINTÉ

Incluez le(s) nom(s) des personnes que vous avez contactées et décrivez les actions entreprises par ces personnes.
Avez-vous signalé l'incident à d'autres organisations ?

4. SI OUI À L'UNE DES QUESTIONS CI-DESSUS

L'organisation a-t-elle donné suite à votre préoccupation / plainte et rendu une décision ?
Veuillez fournir une copie de toute décision rendue au CONB.

5. VEUILLEZ NOUS FAIRE SAVOIR SI VOUS AVEZ PU FAIRE PART DE VOTRE PRÉOCCUPATION / INCONFORT À L'OSTÉOPATHE

Décrivez ce que vous avez communiqué à l'ostéopathe ou si vous vous êtes senti(e) intimidé(e) par l'incident et n'avez pas pu lui en parler.

6. DITES-NOUS CE QUE VOUS SOUHAITERIEZ QU'IL ARRIVE ET CE QUE VOUS ATTENDEZ DU CONB

AUTORISATION D'UN REPRÉSENTANT DU CONB – COMITÉ DES PLAINTES ET DE DISCIPLINE ET COMITÉ D'AUDIENCE

En signant le présent document, j'accepte ce qui suit : j'autorise un représentant du CONB à me contacter, à écouter le ou les incident(s) et à transmettre le nom de l'ostéopathe, membre actif du CONB, avec ce formulaire et toute lettre / tout courriel joint, le cas échéant.

Nom en lettres moulées / Date / Année :

Signature :