

## FORMULAIRE DE PLAINTE

Ce formulaire vise à assister les membres du public à déposer une plainte contre un ou une Technologue en radiation médicale (TRM). Si vous croyez que votre TRM ne vous a pas traité de façon professionnelle, ce processus vous permet d’user de vos droits en ce qui concerne le processus administratif envisagé par la Loi sur les technologues en radiation médicale, 2024 (la << Loi >> ).

Lorsque vous déposez votre plainte, nous vous demandons de remplir toutes les cases à l’encre. Si vous éprouvez des difficultés, veuillez communiquer avec le bureau du registraire de l’Ordre des technologues en radiation médicale du Nouveau-Brunswick.

### SECTION A – VOTRE NOM (vous êtes << le plaignant >> ou << la plaignante >>)

Prénom:	Nom de famille:
Adresse postale:	Numéro(s) de telephone avec l’indicatif régional:
courriel:	Télécopieur:

**Remplissez ces cases SEULEMENT si vous déposez une plainte au nom de quelqu’un d’autre dans votre rôle de tuteur ou aux termes d’une procuration. Veuillez préciser la nature des relations entre vous et le plaignant ou la plaignante.**

Prénom:	Nom de famille:
Leur relation avec vous:	

**SECTION B – –LA PERSONNE CONTRE LAQUELLE VOUS PORTEZ LA PLAINTÉ**  
(le<<répondant>>ou<<la répondante>>)

Nom du ou de la TRM:			
Lieu de traitement:			
Municipalité:	Code Postal:	Courriel:	Numéro de téléphone:

Deuxième répondant ou répondante (2):

Nom du ou de la TRM:			
Lieu de traitement:			
Municipalité:	Code Postal:	Courriel:	Numéro de téléphone:

Troisième répondant ou répondante (3):

Nom du ou de la TRM:			
Lieu de traitement:			
Municipalité:	Code Postal:	Courriel:	Numéro de téléphone:

Quatrième répondant ou répondante (4):

Nom du ou de la TRM:			
Lieu de traitement:			
Municipalité:	Code Postal:	Courriel:	Numéro de téléphone:

S'il y a d'autres répondants ou répondantes, veuillez inscrire leurs coordonnées sur une feuille de papier séparée.

#### SECTION D – IDENTIFIER LA NATURE DE LA PLAINTE

<p>Veuillez cocher à côté du ou des motifs de votre plainte :</p> <p><input type="checkbox"/> La compétence du ou de la TRM</p> <p><input type="checkbox"/> Inconduite de ou de la TRM</p> <p><input type="checkbox"/> Capacités du ou de la TRM</p>
--

SECTION E – Quand et à quel endroit l'incident qui a donné lieu à la plainte a-t-il eu lieu? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





NBRCMRT  
OTRMNB

**iii) J'ai signé, daté et numéroté chaque page de mon formulaire de plainte ainsi que toute page incluse avec le formulaire.**

\_\_\_\_\_  
Signature du plaignant, ou plaignante

\_\_\_\_\_  
Date (AAAA/MM/JJ)

**Veillez aviser le registraire de tout changement à vos renseignements, car votre plainte pourrait être considérée comme abandonnée si nous ne pouvons vous joindre.**