**FORMULAIRE DE PLAINTE**

***Service régional de la paie***

 Date : Cliquez ici pour entrer une date.

|  |
| --- |
| **IDENTIFICATION DU CLIENT** |
|  Nom : |  | Prénom :  |  |  No empl. : |  |
| CISSS : | Choisissez un 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 :  | Cliquez ici pour entrer une date. | Par : |  |