

À l'intention de tout le personnel incluant bénévoles, stagiaires, médecins  
HARCÈLEMENT OU VIOLENCE AU TRAVAIL  
FORMULAIRE DE DÉCLARATION

Intended for all staff including volunteers, students, doctors  
HARASSMENT OR VIOLENCE IN THE WORKPLACE  
DECLARATION FORM

Ce formulaire doit être rempli et signé par la personne qui déclare la situation.  
Vous pouvez obtenir de l'assistance de votre représentant syndical ou de votre supérieur.  
This form must be filled out and signed by the person who is declaring the situation.  
You can obtain assistance from your union representative or your superior.

Nom/Last Name:		Prénom/First Name:	
Titre d'emploi/Job Title:		No d'employé/Employee number:	
Département:		Supérieur/ supervisor:	
Téléphone (travail)/Phone number (Work):	Téléphone (cellulaire)/Phone number (cell) :	Téléphone (domicile)/Phone Number (Home) :	

<p><b>Je crois être victime (vous pouvez cocher plus d'une case)</b> <b>I believe I am a victim of (you may check more than one box)</b></p> <p>Harcèlement/harassment:              psychologique/psychological              sexuel/sexual              Autre/Other</p> <p>Violence</p> <p>Conflit interpersonnel / Interpersonal conflict</p>
---

<b>Personne ( à qui l'acte est reproché / My complaint is against</b>	
Nom / Last name :	Prénom / First name :
Titre d'emploi / Job title :	Département:/ Department :
Téléphone travail / Number at work :	

<b>Étape préliminaires / Preliminary steps</b>
Avez-vous effectué des démarches préliminaires pour tenter de régler la situation?/ Have you taken any steps to try to resolve the situation?
Auprès de la personne visée? / With the person that is accused?

