

**FORMULAIRE DE PLAINTÉ**

**RELATIVE À LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

**ASSTSAS**

Le présent formulaire n'a pas pour objet de répondre à une demande d'accès ou de rectification ni de demander la révision de la décision de la personne responsable de l'accès aux documents et de la protection des renseignements personnels.

Les renseignements recueillis au moyen de ce formulaire servent au traitement de votre plainte par l'équipe responsable. La transmission des renseignements personnels demandés est facultative mais, sans ces renseignements, la personne responsable du traitement de votre plainte risque de ne pas être en mesure d'effectuer une analyse complète de la situation et aucune information de suivi ou relative à la décision à intervenir ne pourra être transmise à la personne plaignante.

Vous avez le droit d'accéder à vos renseignements personnels et d'en obtenir la rectification si ceux-ci sont inexacts, incomplets ou équivoques. Pour ce faire, veuillez écrire à [vie-privee@asstsas.qc.ca](mailto:vie-privee@asstsas.qc.ca).

Nous accuserons réception de votre plainte dans les 5 jours ouvrables de votre envoi. Nous sommes susceptibles de vous demander des renseignements complémentaires s'il y a lieu. En tout état de cause, nous vous notifierons les résultats de notre enquête ainsi que notre décision.

Nous vous invitons à vous référer à notre procédure de traitement des plaintes mise à disposition sur notre site internet.

**Section 1 – Informations de la personne plaignante**

<b>Nom :</b>
<b>Prénom :</b>
<b>Adresse :</b>
<b>Téléphone (cellulaire) :</b>
<b>Téléphone (domicile) :</b>
<b>Courriel :</b>

**Section 2 – Faits au soutien de la plainte**

Si l'espace prévu pour la description des faits n'est pas suffisant, vous pouvez joindre une lettre au présent formulaire.

## **2.1 Type de renseignements personnels visés par la plainte**

Quels sont précisément les renseignements personnels qui font l'objet de votre plainte ?  
(ex. : Permis de conduire, numéro d'assurance sociale ou d'assurance maladie, images par photographie ou vidéosurveillance...)

## **2.2 Description des faits au soutien de la plainte**

Veuillez décrire les faits au soutien de votre plainte : circonstances, dates, lieux et personnes impliquées

### **2.3 Démarches préalables**

Avez-vous effectué des démarches auprès d'un membre du personnel de l'ASSTSAS en lien avec votre plainte ? Le cas échéant, lesquelles et quels ont été les résultats ?

### **Section 3- Attestation et signature**

- J'atteste que les renseignements fournis dans ce formulaire sont, à ma connaissance véridiques et complets.

**Nom et prénom en lettres moulées :**

**Fait à :**

**Date :**

**Signature :**