

## SIGNALEMENT – EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE VÉTÉRINAIRE OU UTILISATION ILLÉGALE DU TITRE DE MÉDECIN VÉTÉRINAIRE

### INFRACTION SIGNALÉE EN RÉSUMÉ (Cochez le ou les énoncés pertinents)

Dentisterie :  Détartrage     Râpage de dents     Examen des dents     Autre

Interventions chirurgicales :  Stérilisation     Taille de queue     Taille d'oreille     Dégriffage     Autre

Thérapies complémentaires :  Acupuncture     Ostéopathie     Physiothérapie     Chiropractie     Autre

Interventions médicales :  Consultation     Conseil     Prescription     Autre

Médicaments :  Vente     Administration (médicaments, vaccins ou autres)     Autre

Falsification/utilisation documents :  Carnet santé     Certificat vaccination

Autres : (Décrivez) \_\_\_\_\_

### DATE DE L'ÉVÉNEMENT

Survenu le : \_\_\_\_\_ ou entre le : \_\_\_\_\_ et le : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

### ENDROIT DE L'ÉVÉNEMENT

Identification du lieu (résidence, commerce, écurie, ferme ou autres lieux) : \_\_\_\_\_  
Adresse civique : \_\_\_\_\_

### PERSONNE OU ENTREPRISE EN CAUSE

Nom de la personne : \_\_\_\_\_  
Adresse civique : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Adresse courriel : \_\_\_\_\_  
Facebook : \_\_\_\_\_ Site Internet : \_\_\_\_\_  
Autres informations pertinentes : \_\_\_\_\_

Nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_  
Adresse civique : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Adresse courriel : \_\_\_\_\_  
Facebook : \_\_\_\_\_ Site Internet : \_\_\_\_\_  
Autres informations pertinentes : \_\_\_\_\_

### RÉCIT DES FAITS (Description détaillée des faits, identification des témoins, description de leur rôle, coordonnées)

J'ai déjà contacté le Bureau du syndic à propos de ces faits :  Oui  Non

## RÉCIT DES FAITS (Description détaillée des faits, identification des témoins, description de leur rôle, coordonnées) - SUITE

\* Si l'espace de l'encadré ci-haut est insuffisant, veuillez ajouter une page que vous joindrez à la présente sous la forme d'une pièce jointe.

### LIENS OU PIÈCES JOINTES

Liens Internet pertinents : \_\_\_\_\_

Pièces jointes :  Oui  Non

Nombre de pièces jointes : \_\_\_\_\_

### IDENTIFICATION DE LA PERSONNE QUI FAIT LE SIGNALEMENT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ (De préférence le numéro où vous pouvez être rejoint entre 8 h 30 et 16 h 30)

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Autorisez-vous le Bureau du syndic à vous transmettre toute correspondance par courriel?  Oui  Non

Si vous êtes médecin vétérinaire, précisez de quel établissement : \_\_\_\_\_

Êtes-vous disposé à témoigner à la Cour le cas échéant :  Oui  Non

**Je comprends que la transmission de ce formulaire par courrier électronique aura la même portée que s'il avait été signé de ma main, autrement je comprends que je devrai imprimer, signer ce formulaire et le transmettre par la poste au Bureau du syndic :**

Oui  Non

Signature du demandeur : \_\_\_\_\_

**J'atteste que les renseignements fournis dans ce document sont véridiques et exacts. Je m'engage à collaborer, à témoigner devant la Cour ou toute autre instance si nécessaire, à fournir tous les renseignements pertinents qui sont et seront portés éventuellement à ma connaissance et ce, pour toute la durée de l'enquête.**

Date : \_\_\_\_\_

Initiales : \_\_\_\_\_