|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | DÉCLARATION ET ACTE DE REPRÉSENTATION | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Numéro de citation (s) : | | | | | | | | | C-20 | | | | | | | |
| Réservé à l’usage du Tribunal (section 1 seulement) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Date de réception : | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Identification de l’agent de la paix cité | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom, prénom, matricule : | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Service de police/ palais de justice ou autre : | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| Adresse au travail : | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Ville : | |  | | | | | | | | | | | | Code postal : | |  |
| No. téléphone : | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Courriel : | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Déclaration | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Admet un ou des faits reprochés, précisez les chefs : | | | | | | | | Précisez : | | | | | | | | | |
| Nie le ou les faits reprochés, précisez les chefs : | | | | | | | | Précisez : | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Identification du représentant | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Avocat | | | | Autre | | | | | | | | | | Agent de la paix se représentant seul | | |
| Nom : | |  | | | | | | | | | Prénom : | | |  | | |
| Coordonnées professionnelles | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom du cabinet : | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Adresse : |  | | | | | | | | | | | Ville : | |  | | |
| Province : | | |  | | | | | | | Code postal : | | | | |  | |
| No. téléphone : | | |  | | | | | | | No. télécopieur : | | |  | | | |
| Courriel : | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Identification de la personne ayant rempli le formulaire | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom : | |  | | | | | | | | | Prénom : | | |  | | |
| Date : | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |
| **La transmission du formulaire par voie électronique fait office de signature.** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Veuillez faire parvenir le formulaire au Tribunal administratif de déontologie policière aux coordonnées ci-dessous : **Par courriel :** comite. deontologie@msp.gouv.qc.ca | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | |