



FORMULAIRE DE DÉNONCIATION

Règlement sur le recours aux services des agences
de placement de personnel et à de la main-d’œuvre indépendante dans le domaine
de la santé et des services sociaux

Le présent formulaire est destiné aux prestataires et à toutes autres personnes qui souhaitent dénoncer une violation
du Règlement mentionné ci-haut ou du règlement qui en découle.

Identification – Dénonciateur	
Nom du prestataire ou de l’organisme, le cas-échéant :	
Nom de la personne-ressource :	
Fonction :	
Numéro de téléphone :	
Courriel :	

Identification – agence ou travailleur, travailleuse autonome mis en cause	
Nom du fournisseur de services :	
Adresse :	
Numéro d’entreprise du Québec (NEQ) :	
Numéro de permis d’agence de la CNESST :	
Nom de la personne-ressource :	
Numéro de téléphone :	
Courriel :	

Nature de la dénonciation	
☐ Non-respect du taux horaire maximal	
☐ Majoration illégale du taux horaire en cas de temps supplémentaire ou temps supplémentaire obligatoire	
☐ Non-respect des modalités relatives aux frais accessoires	
☐ Non-respect des clauses relatives à l’interdiction d’embauche	
☐ Non-respect des obligations relatives aux agences et à la MOI	
☐ Autres :	

S.V.P. décrire la situation en incluant les informations pertinentes de la manière la plus précise possible. Ces informations sont notamment : titre(s) d'emploi, tarif(s) horaire(s) facturé(s), frais accessoires facturés, nature du contrat (contrat du Centre d'acquisitions gouvernementales ou gré à gré), déroulement chronologique des faits et des échanges verbaux ou écrits avec l'agence ou le travailleur, travailleuse autonome, etc.

Nom du signataire		Signature		Date

S.V.P. joindre tous les documents justificatifs (factures, échanges par courriel, etc.).

Il peut également être envoyé à l'adresse suivante :

Inspecteur national des services du domaine de la santé et des services sociaux
Santé Québec
3000, avenue Saint-Jean-Baptiste, 2e étage, local 200
Québec (Québec) G2E 6J5