

### Informations générales

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

### Situation correspondant à votre demande

Plainte sur la confidentialité de mes renseignements personnels

Déclaration d'un incident de confidentialité

### Date ou période où l'incident a eu lieu (approximativement)

### Nombre de personnes concernées par l'incident

### Décrivez les renseignements personnels visés par l'incident

*1000 caractères maximum*

### Décrivez les circonstances de l'incident

*1000 caractères maximum, en vous tenant aux faits*

Par votre signature et par le dépôt de ce formulaire, vous autorisez le Cégep de Matane à recueillir vos renseignements personnels, en vue de l'application de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

**VEUILLEZ FAIRE PARVENIR CE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI AU SECRÉTARIAT GÉNÉRAL PAR COURRIEL À [SECRETARIATGENERAL@CEGEP-MATANE.QC.CA](mailto:SECRETARIATGENERAL@CEGEP-MATANE.QC.CA) OU EN PERSONNE EN LE DÉPOSANT AU BUREAU O-213.**