

Service des ressources humaines

Nom, prénom : \_\_\_\_\_ Lieu de travail : \_\_\_\_\_

**Intervention auprès de la personne plaignante :**

- |                    |                          |                                       |                          |
|--------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| Retrait du travail | <input type="checkbox"/> | Support psychologique                 | <input type="checkbox"/> |
| <b>Autre</b>       | <input type="checkbox"/> | Écoute et prise en note de l'incident | <input type="checkbox"/> |
|                    |                          | Référence au programme d'aide         | <input type="checkbox"/> |

**Précisez :** \_\_\_\_\_

**Intervention à l'endroit du présumé agresseur :**

- Intervention du supérieur immédiat
- Intervention policière  # dossier (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

Précisez la nature de l'intervention : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Complément d'information :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Nom de la direction :** \_\_\_\_\_

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

(Signature de la Direction)

Transmettre par courriel **seulement** ([srh.sante@csssh.gouv.qc.ca](mailto:srh.sante@csssh.gouv.qc.ca))

au *Service des ressources humaines* avec la déclaration de  
la personne plaignante – **Formulaire SRH-057-P**