|  |
| --- |
| **SECTION RÉSERVÉE À LA**  **MUNICIPALITÉ DE SAINTE-LUCIE-DE-BEAUREGARD** |
| Date de réception de la demande : |



21, route des Chutes

Sainte-Lucie-de-Beauregard (Québec) G0R 3L0

Téléphone : 418 223-3122

Courriel : dg@sainteluciedebeauregard.com

**FORMULAIRE DE PLAINTE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **IDENTIFICATION DU PLAIGNANT** | | |
| Nom | | |
| Adresse | | |
| Ville | | Code postal |
| Téléphone (résidence) | Téléphone (cellulaire) | |
| Courriel | | |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICATION DU CONTREVENANT** |
| Nom du propriétaire, si connu |
| Numéro de lot |
| Adresse |
| Date et heure de l’événement |

|  |
| --- |
| **DESCRIPTION DE LA PLAINTE** |
| Veuillez résumer votre plainte et joindre tout document pertinent |

|  |
| --- |
| **SOLUTION RECHERCHÉE** |
| Quelle solution vous donnerait satisfaction? |

|  |
| --- |
| **MISE EN GARDE** |
| **Soyez avisé que la présente plainte pourra amener la Municipalité de Sainte-Lucie-de-Beauregard ou toute autre personne désignée à entreprendre des procédures pénales contre le contrevenant.**  **Le signataire de la plainte pourra être appelé à témoigner devant la Cour municipale de Montmagny en cas de contestation.** |

|  |  |
| --- | --- |
| **DÉCLARATION DU DEMANDEUR** | |
| J’atteste que :   1. Les renseignements fournis sur ce formulaire sont exacts. 2. J’autorise Municipalité de Sainte-Lucie-de-Beauregard à prendre connaissance de tous les documents et renseignements requis à l’étude de ma plainte. 3. Si le traitement de cette plainte le nécessite, j’autorise la Municipalité de Sainte-Lucie-de-Beauregard à partager l’information contenue sur ce formulaire avec les gouvernements du Canada et du Québec, y compris leurs ministères, organismes, sociétés d’État et mandataires. 4. J’autorise la Municipalité de Sainte-Lucie-de-Beauregard à me contacter pour obtenir davantage de renseignements et pour exercer le suivi approprié à cette plainte. | |
|  | |
| **SIGNATURE** | |
| **Par la présente, vous déclarez que les renseignements sont véridiques, complets et exacts. En inscrivant votre nom dans l’espace ci-après, ce document est considéré comme signé de votre part.** | |
| Signature | Date |

|  |
| --- |
| **ENVOI PAR COURRIEL** |
| Lorsque votre document est rempli, veuillez l’enregistrer et l’envoyer par courriel à **dg@sainteluciedebeauregard.com**. |