TRIBUNAL DE DISCIPLINE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DE L’ONTARIO

**No de dossier du Tribunal :** Insérez le numéro.

Ordre des médecins et chirurgiens de l’Ontario

 **Ordre**

– et –

Dr(e)[Prénom(s)] [Nom]

**Membre**

**DEMANDE D’AVEUX**

Vous êtes prié d’avouer, pour les besoins de la présente instance seulement, la véracité des faits suivants :

1. [Énumérez les faits à l’aide de paragraphes numérotés. Énoncez un fait dans chaque paragraphe.]

Vous êtes prié d’admettre, pour les besoins de la présente instance seulement, l’authenticité des documents suivants : Consultez la règle 12.3 des *Règles de procédure*.

1. [Indiquez chaque document par le numéro qui lui a été attribué lors de la divulgation ou décrivez-le et joignez-en une copie]

Vous devez formuler une réponse en remplissant le formulaire 12B **DANS LES 30 JOURS** suivant la réception de la demande, à moins que les parties n’en conviennent ou que le Tribunal n’en décide autrement. Si vous ne le faites pas, vous serez réputé admettre, pour les besoins de la présente instance seulement, la véracité des faits et l’authenticité des documents susmentionnés.

Si votre réponse est signifiée dans le délai prescrit, mais qu’elle ne traite pas de chacun des faits et des documents énumérés ci-dessus, vous serez réputé admettre, aux fins de la présente instance seulement, la véracité des faits et l’authenticité des documents pour lesquels vous n’avez pas formulé une réponse.

Le fait de nier ou de refuser d’admettre la véracité d’un fait ou l’authenticité d’un document qui est subséquemment prouvée peut influer sur toute éventuelle condamnation aux frais.

**Date** :

Nom, adresse, courriel et numéro de téléphone du représentant ou de la partie qui dépose le document.

**DESTINATAIRE(S) :**

Insérez le nom des autres participants et de leurs représentants, s’il y a lieu