TRIBUNAL DE DISCIPLINE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DE L’ONTARIO

Dr(e)[Prénom(s)] [Nom]

**Requérant**

 – et –

Ordre des médecins et chirurgiens de l’Ontario

**Ordre**

AVIS DE REQUÊTE DE RETRAIT DE RENSEIGNEMENTS DU TABLEAU DE L’ORDRE

Le requérant demande au Tribunal de discipline des médecins et chirurgiens de l’Ontario une ordonnance pour le retrait des renseignements suivants du tableau, conformément à la règle 13.1.1 des Règles de procédure du Tribunal :

* [énumérez les renseignements que vous souhaitez faire retirer du tableau].

Les motifs qui sous-tendent la requête sont les suivants :

* ces renseignements ne se rapportent plus à l’aptitude du requérant à exercer sa profession; et
* le requérant estime, dans l’optique de l’intérêt public, qu’il vaut mieux retirer les renseignements que de donner au public accès à ceux-ci.

Les renseignements dont le retrait est demandé n’ont pas trait à une procédure disciplinaire concernant des mauvais traitements d’ordre sexuel au sens du paragraphe 1(3) du Code des professions de la santé.

**Nom et coordonnées**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du requérant : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Adresse : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Ville : | \_\_\_\_\_\_\_\_ | Province : | \_\_\_\_\_ | Code postal : | \_\_\_\_\_\_ |
| Numéro de téléphone : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Adresse de courriel : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| No de l’OMCO : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |

**Renseignements au sujet du représentant (le cas échéant) :**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du représentant du requérant : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Cabinet : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Adresse : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Ville : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Province : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Code postal : | \_\_\_\_\_\_ |
| Numéro de téléphone : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Adresse de courriel : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Matricule du Barreau de l’Ontario : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |

Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Le présent formulaire doit être signifié au service des affaires juridiques de l’Ordre par courriel au** **mgiokas@cpso.on.ca** **et déposé au TDMCO par courriel au** **tribunal@opsdt.ca****.**