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 –

[Prénom(s)] [Nom]

**Inscrit**

**RÉPONSE À UNE DEMANDE D’AVEUX**

En réponse à votre demande d’aveux datée du **[cliquez ici pour entrer une date]**, [nom de la partie qui répond] :

1. Admet la véracité des faits aux paragraphes nos :

* [Énumérez les faits admis par numéro de paragraphe, suivant leur numérotation dans la demande]

1. Admet l’authenticité des documents nos :

* [Énumérez les documents admis, suivant leur numérotation dans la demande]

1. Nie la véracité des faits énumérez ci-dessous pour les motifs suivants :
   * **[**Énumérez les faits, suivant leur numérotation dans la demande, et exposez les motifs pour lesquels vous les niez]
2. Nie l’authenticité des documents énumérés ci-dessous pour les motifs suivants :
   * [Énumérez les documents, suivant leur numérotation dans la demande, et exposez les motifs pour lesquels vous niez leur authenticité]
3. Refuse d’admettre la véracité des faits énumérés ci-dessous pour les motifs suivants :
   * [Énumérez les faits, suivant leur numérotation dans la demande, et les motifs pour lesquels vous refusez de les admettre]
4. Refuse d’admettre l’authenticité des documents énumérés ci-dessous pour les motifs suivants :

* [Énumérez les documents, suivant leur numérotation dans la demande, et exposez les motifs pour lesquels vous refusez d’admettre leur authenticité]

**Date** : [Insérez la 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.]