



Demandeur – Renseignements personnels

Nom : _____
Adresse : _____ Ville: _____ Province: _____ Code postal: _____
Tél. maison : (____) ____ - ____ Tél. travail : (____) ____ - ____ Cellulaire : (____) ____ - ____
Courriel: _____

Renseignements personnels (si différent)

Nom : _____
Adresse : _____ Ville: _____ Province: _____ Code postal: _____
Tél. maison : (____) ____ - ____ Tél. travail : (____) ____ - ____ Cellulaire : (____) ____ - ____
Courriel: _____

Renseignements concernant l'incident

Date : _____ Heure: _____ Lieu: _____
Description : _____

Dédommagement demandé : _____

Témoïn (1)

Contact Name : _____
Address : _____ City: _____ Province: _____ Postal Code: _____
Home Phone : (____) ____ - ____ Work Phone : (____) ____ - ____ Cell Phone : (____) ____ - ____
Email: _____

Témoïn (2)

Nom : _____
Adresse : _____ Ville: _____ Province: _____ Code postal: _____
Tél. maison : (____) ____ - ____ Tél. travail : (____) ____ - ____ Cellulaire : (____) ____ - ____
Courriel: _____

Les informations fournies sont exactes. Je comprends que les demandes frauduleuses coûtent à tous les contribuables et, pour cette raison, toutes les demandes frauduleuses seront poursuivies dans la pleine mesure de la loi.

Signature

Date

Toute information que vous fournissez dans ce formulaire seront gardées confidentielles. Les renseignements personnels sur ce formulaire sont recueillis en vertu de la Loi sur les municipalités 2001, SO 2001, C. 25 et seront utilisées pour traiter votre demande avec la Cité de Clarence-Rockland.