

DÉCLARATION DE DÉVERSEMENT AUX TNO ET AU NUNAVUT

PÉTROLE, ESSENCE, PRODUITS CHIMIQUES ET
AUTRES MATIÈRES DANGEREUSES



Canada



LIGNE TÉLÉPHONIQUE SOS DÉVERSEMENT DES TNO ET DU NUNAVUT
Tél. : 867-920-8130 • Téléc. : 867-873-6924 • Courriel : spills@gov.nt.ca

À L'USAGE
DE SOS DÉVERSEMENT
SEULEMENT

A	Date de la déclaration : AA MM JJ	Heure de la déclaration :	<input type="checkbox"/> Déclaration de déversement original Ou <input type="checkbox"/> Mise à jour de la déclaration n° _____	Numéro de la déclaration :	
	Date de l'incident : AA MM JJ	Heure de l'incident :			
C	N° de permis d'utilisation des terres (s'il y a lieu) :		N° de permis d'utilisation des eaux (s'il y a lieu) :		
D	Nom du lieu géographique ou distance et direction d'un lieu nommé :		Région : <input type="checkbox"/> TNO <input type="checkbox"/> Nunavut <input type="checkbox"/> Océan, province ou territoire adjacent		
E	Latitude : _____ Degrés _____ Minutes _____ Secondes		Longitude : _____ Degrés _____ Minutes _____ Secondes		
F	Partie responsable ou nom du navire :		Adresse ou emplacement du bureau de la partie responsable :		
G	Entrepreneur impliqué (s'il y a lieu) :		Adresse ou emplacement du bureau de l'entrepreneur :		
H	Type de contaminant : <input type="checkbox"/> Déversement potentiel	Quantité en litres, en kilogrammes ou en mètres cubes :	N° ONU :		
I	Source du déversement :	Cause du déversement :	Superficie contaminée en mètres carrés :		
J	Facteurs qui influent sur le déversement ou sur la réhabilitation du site :	Description de l'aide requise :	Risques pour les gens, les biens ou l'environnement :		
K	Renseignements, commentaires ou mesures proposées ou prises qui ont permis de contenir, de récupérer ou d'éliminer le contaminant déversé et les matières contaminées :				
L	Le signalement fait par :	Poste :	Employeur :	Provenance de l'appel :	Téléphone :
M	Autre personne-ressource :	Poste :	Employeur :	Lieu où se trouve la personne-ressource :	Téléphone :

À L'USAGE DE SOS DÉVERSEMENT SEULEMENT

N	Le signalement reçu par :	Poste :	Employeur :	Nom de la collectivité :	N° de tél. de sos déversment :
Organisme responsable : <input type="checkbox"/> EC <input type="checkbox"/> CCG/TCMSS <input type="checkbox"/> GNWT <input type="checkbox"/> GN <input type="checkbox"/> ILA <input type="checkbox"/> AANDC <input type="checkbox"/> NEB <input type="checkbox"/> Autre : _____			Importance : <input type="checkbox"/> Mineure <input type="checkbox"/> Majeure <input type="checkbox"/> Inconnue		État du dossier : <input type="checkbox"/> Ouvert <input type="checkbox"/> Fermé
Organisme :	Personne-ressource :	Heure du signalement :	Commentaires :		
Organisme responsable :					
Organisme de soutien de première ligne :					
Organisme de soutien de deuxième ligne :					
Organisme de soutien de troisième ligne :					