

# DÉCLARATION DE DÉVERSEMENT AUX TNO ET AU NUNAVUT

## PÉTROLE, ESSENCE, PRODUITS CHIMIQUES ET AUTRES MATIÈRES DANGEREUSES



Canada

LIGNE SOS DÉVERSEMENT  
DU NUNAVUT ET DES  
TNO (EN TOUT TEMPS)

Tél. : 867-920-8130

Courriel : [spills@gov.nt.ca](mailto:spills@gov.nt.ca)



Inuvialuit Land Administration



A	Date du rapport : AAAA   MM   JJ	Heure du rapport :	<input type="checkbox"/> Rapport initial de déversement <b>Ou</b> <input type="checkbox"/> Mise à jour n° ____ du rapport initial de déversement	N° du rapport :	
	Date des faits : AAAA   MM   JJ	Heure des faits :			
C	N° de permis d'utilisation des terres (le cas échéant) :		N° de permis d'utilisation des eaux (le cas échéant) :		
D	Nom du lieu ou distance et direction d'un lieu nommé :		Région : <input type="checkbox"/> TNO <input type="checkbox"/> Nunavut <input type="checkbox"/> Administration voisine ou océan		
E	Latitude : ____ Degrés    ____ Minutes    ____ Secondes		Longitude : ____ Degrés    ____ Minutes    ____ Secondes		
F	Partie responsable ou nom du bateau :		Adresse ou emplacement du bureau de la partie responsable :		
G	Sous-traitant impliqué :		Adresse ou emplacement du bureau du sous-traitant :		
H	Produit déversé : <input type="checkbox"/> Déversement potentiel	Quantité en litres, kilogrammes ou mètres cubes :	N° ONU :		
I	Source du déversement :	Cause du déversement :	Aire de contamination en mètres cubes :		
J	Facteurs qui ont affecté le déversement ou qui affectent la récupération du produit :	Description de toute aide nécessaire :	Risques pour les personnes, les biens ou l'environnement :		
K	Informations complémentaires, commentaires, mesures proposées ou prises pour contenir, récupérer ou éliminer les produits déversés et les matériaux contaminés :				
L	Signalement envoyé à SOS Déversement par :	Poste :	Employeur :	Emplacement de l'appelant Téléphone :	Téléphone :
M	Personne-ressource suppléante :	Poste :	Employeur :	Emplacement de la personne-ressource suppléante :	Téléphone de l'autre contact :

### À L'USAGE DE SOS DÉVERSEMENT UNIQUEMENT

N	Signalement reçu à SOS déversement par :	Poste :	Employeur :	Emplacement de l'appelant :	N° SOS déversement :
Organisme responsable : <input type="checkbox"/> ECCC <input type="checkbox"/> GCC/SSMTC <input type="checkbox"/> GTNO <input type="checkbox"/> GN <input type="checkbox"/> ILA <input type="checkbox"/> RCAANC <input type="checkbox"/> REC <input type="checkbox"/> Autre : _____				Importance : <input type="checkbox"/> Ouvert <input type="checkbox"/> Fermé	
Organisme :		Nom du contact :		Heure du contact :	
Organisme responsable :					
Premier organisme de soutien :					
Deuxième organisme de soutien :					
Troisième organisme de soutien :					
Remarques :					