**Programme transformation alimentaire 2024-2026**

|  |
| --- |
| 1. **INSTRUCTIONS** |

|  |
| --- |
| Le demandeur peut demander une révision de la décision rendue s’il juge qu’il y a eu, dans l’analyse de sa demande, une erreur basée sur des faits concernant une ou plusieurs raisons invoquées comme motif dans sa lettre de refus. Il est à noter que le dépôt de documents qui étaient manquants lors de la demande initiale n’est pas accepté comme raison d’appel.  Le demandeur ou la personne autorisée à le représenter doit utiliser le présent formulaire.  La demande de révision doit être adressée à la Direction de l’appui à la science, à l’innovation et aux programmes du ministère de l’Agriculture, des Pêcheries et de l’Alimentation dans les 20 jours ouvrables suivant la date de communication de la décision.  Un représentant du ministère qui n’a pas pris part à la décision contestée, étudiera la demande de révision et la traitera dans les 20 jours ouvrables suivant sa réception. |

|  |
| --- |
| 1. **RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR** |

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du demandeur |  |
| Nom du responsable de projet |  |
| Numéro de la demande |  |
| Titre du projet |  |

|  |
| --- |
| 1. **RAISON DE LA RÉVISION** |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **DOCUMENTS JOINTS À LA DEMANDE DE RÉVISION** |

Dressez la liste des documents fournis en pièces jointes à l’appui de la demande de révision, s’il y a lieu.

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **SIGNATURES** |

|  |  |
| --- | --- |
| Date de communication de la décision contestée |  |
| Date de la présente demande de révision |  |
| Signature du responsable du projet |  |
| Signature du responsable autorisé |  |

|  |
| --- |
| 1. **COORDONNÉES POUR L’ENVOI DU FORMULAIRE** |

|  |
| --- |
| Veuillez transmettre ce formulaire par courriel à l’adresse [transfo@mapaq.gouv.qc.ca](mailto:transfo@mapaq.gouv.qc.ca).  Un accusé de réception vous sera envoyé dans les cinq jours ouvrables suivants. |