

**BULLETIN DE PRÉSENTATION D'UN CANDIDAT**

Veillez remplir en lettres moulées  
et retourner le **5 mars 2019 avant 17 heures**

**DEPARTEMENT REGIONAL DE MEDECINE GENERALE (DRMG)**

SECTION I – IDENTIFICATION DU CANDIDAT	
<b>Nom et prénom</b>	
<i>Cette information nous permettra d'établir la représentativité du DRMG de la région de Laval. (voir Règlement, article 8.1, paragraphe 2)</i>	
Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	# Permis : _____
<b>Pratique principale :</b> En cabinet privé : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> _____ % En établissement : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> _____ % Autre : _____ (spécifiez)	
Adresse (numéro et rue)	
Ville _____ Prov. _____ Code postal _____	<b>Pratique significative :</b> En CH : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> _____ % En CLSC : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> _____ % En CHSLD : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> _____ % Autre : _____ (spécifiez)
No de téléphone : Bureau : _____ Résidence : _____	
Indiquer le nom du ou des établissements où vous exercez : _____	
SECTION II – PROPOSEURS (2)	
<b>1- Nom et prénom du proposeur</b>	<b>2- Nom et prénom du proposeur</b>
Adresse	Adresse
Ville _____ Prov. _____ Code postal _____	Ville _____ Prov. _____ Code postal _____
No de téléphone :	No de téléphone :
# Permis	# Permis
<b>Déclaration :</b> Je déclare être médecin omnipraticien, recevoir une rémunération de la RAMQ et pratiquer dans la région de Laval.	<b>Déclaration :</b> Je déclare être médecin omnipraticien, recevoir une rémunération de la RAMQ et pratiquer dans la région de Laval.
Signature du proposeur	Signature du proposeur
SECTION III – ATTESTATION ET CONSENTEMENT DU CANDIDAT	
Je, soussigné, consens à être candidat au poste de membre du Comité de direction du Département régional de médecine générale de Laval et atteste que les renseignements fournis à mon sujet sur ce bulletin sont exacts.	
En foi de quoi, j'ai signé à _____ le _____. Ville Date	
Signature du candidat	

**SECTION IV – LETTRE DE MOTIVATION**

Vous pouvez utiliser l'espace ci-dessous pour votre lettre de motivation ou joindre un fichier (maximum 250 mots)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**RETOURNER LE BULLETIN DE PRESENTATION DUMENT COMPLETE PAR COURRIEL, PAR LA POSTE OU EN PERSONNE :**

Madame Geneviève Bélanger Jasmin  
 Présidente d'élection  
 Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval  
 1755, boulevard René-Laennec, bureau 1.52  
 Laval (Québec) H7M 3L9  
 Téléphone : 450 668-1010, poste 23672  
 Courriel : gbelanger.jasmin.cissslav@ssss.gouv.qc.ca

**SECTION V – RESERVEE AU CENTRE INTEGRE DE SANTE ET DE SERVICES SOCIAUX DE LAVAL**

Candidature : acceptée  refusée

Date : Signataire autorisé :

1 - Mode d'élection ou de nomination :  
 Vote  Sans concurrent  Nomination

2 - Nombre de mandats : \_\_\_\_\_ 3 - Début du mandat : 20 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 4 - Année de fin de mandats : **2023**

Date : Signataire autorisé :

Conformément aux articles 64 et 65 de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, veuillez prendre note que :

- Les renseignements contenus dans ce formulaire sont recueillis pour le compte du Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval.
- Sous réserve de l'autorisation prévue à la section III, auront accès à ces renseignements :
  - les employés du CISSS de Laval dans le cadre de leur fonction;
  - tout autre utilisateur satisfaisant aux exigences de la présente loi ou du règlement.
- Les renseignements apparaissant aux formulaires sont obligatoires.
- La forme masculine utilisée dans le texte désigne aussi bien les femmes que les hommes.