

Département régional de médecine générale (DRMG)

Section I – Identification du candidat

Nom et prénom du candidat		Principal lieu de pratique, étant celui qui assure plus de 50 % de la rémunération de la RAMQ (veuillez ✓) RLS :	
Sexe : F <input type="checkbox"/>	N° permis :	Arthabaska-et-de-l'Érable <input type="checkbox"/>	Drummond <input type="checkbox"/>
M <input type="checkbox"/>		Bécancour–Nicolet–Yamaska <input type="checkbox"/>	Haut-St-Maurice <input type="checkbox"/>
Adresse (numéro et rue)		Trois-Rivières <input type="checkbox"/>	Maskinongé <input type="checkbox"/>
Ville	Prov.	Vallée-de-la-Batiscan <input type="checkbox"/>	Centre-de-la-Mauricie <input type="checkbox"/>
N° de téléphone : Bureau : _____		Pratique significative :	En CH : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> _____ %
Résidence : _____			Spécialité en psychiatrie : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Adresse courriel : _____			En CLSC : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> _____ %
Pratique principale :			En CHSLD : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> _____ %
- en cabinet privé Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> _____ %		Autre : _____	
- en établissement Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> _____ %		(spécifiez)	
Autre : _____			
(spécifiez)			
Indiquer le nom du ou des établissements où vous exercez : _____			

Section II – Expériences médico-administratives

Endroits	Années d'expérience	Postes occupés

Décrivez brièvement vos expériences en administration (veuillez utiliser une page annexe, s'il y a lieu).

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 la Mauricie et du Centre-du-Québec et atteste que les renseignements fournis à mon sujet sur ce bulletin sont exacts.

En foi de quoi, j'ai signé à _____ le _____ 2018.
Ville
Date

Signature du candidat

Appuyé par

Appuyé par

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 universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec.
- Sous réserve de l'autorisation prévue à la section III, auront accès à ces renseignements :
 - les employés du CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec 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.