****

**FORMULAIRE**

**Appel d’intérêt – banque de candidatures pour la fonction de médecin examinateur**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Informations | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Prénom: | |  | | | | | | | | | | | Nom : | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adresse complète : | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Numéro de téléphone : | | | | | |  | | | | | | | | | | | Cellulaire : | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Numéro de permis d’exercice : | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Êtes-vous : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | Un médecin spécialiste? | | | | | | | | | | | | Précisez : | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | |  | |
|  |  | | Un médecin omnipraticien? | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | |  | | |  | | |  | | | |
| © Gouvernement du Québec, 2017  Avez-vous déjà occupé la fonction de médecin examinateur? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | Oui | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |  | | |  | |
|  |  | | Non | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | |  | | |  | | | |  | | | |
|  |  | | Précisez : | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |
| Combien d’heures pourriez-vous consacrer à la fonction chaque semaine? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | 0 à 10 | | | | |  | | 10 à 20 | | | |  | | | | 20 à 30 | | | | | | |  | 30 et plus | | | | | |
| À partir de quelle date seriez-vous disponible pour cette fonction? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lieu(x) de fonction | | | | | |
| **Région** | **Établissement** | | **Intérêt** (cochez toutes les cases qui s’appliquent) | | | |
| 01 | CISSS du Bas-Saint-Laurent | | |  | | |
| 02 | CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean | | |  | | |
| 03 | CIUSSS de la Capitale-Nationale | | |  | | |
| 03 | Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec | | |  | | |
| 03 | CHU de Québec - Université Laval | | |  | | |
| 04 | CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec | | |  | | |
| 05 | CIUSSS de l'Estrie – CHUS | | |  | | |
| 06 | CIUSSS du Nord-de-l’Île-de-Montréal | | |  | | |
| 06 | CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal | | |  | | |
| 06 | CIUSSS du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal | | |  | | |
| 06 | CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal | | |  | | |
| 06 | CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal | | |  | | |
| 06 | CHU Sainte-Justine | | |  | | |
| 06 | Institut de cardiologie de Montréal | | |  | | |
| 06 | Institut Philippe-Pinel de Montréal | | |  | | |
| 06 | CHUM | | |  | | |
| 06 | Centre universitaire de santé McGill | | |  | | |
| 07 | CISSS de l'Outaouais | | |  | | |
| 08 | CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue | | |  | | |
| 09 | CISSS de la Côte-Nord | | |  | | |
| 09 | CLSC Naskapi | | |  | | |
| 10 | CRSS de la Baie-James | | |  | | |
| 11 | CISSS des Îles | | |  | | |
| 11 | CISSS de la Gaspésie | | |  | | |
| 12 | CISSS de Chaudière-Appalaches | | |  | | |
| 13 | CISSS de Laval | | |  | | |
| 14 | CISSS de Lanaudière | | |  | | |
| 15 | CISSS des Laurentides | | |  | | |
| 16 | CISSS de la Montérégie-Est | | |  | | |
| 16 | CISSS de la Montérégie-Centre | | |  | | |
| 16 | CISSS de la Montérégie-Ouest | | |  | | |
| 17 | Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik | | |  | | |
| 18 | Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James | | |  | | |
| Commentaires\* : | |  | | | |
|  | |  | | | |
|  | |  | | | |
|  | |  | | | |
| *\* Veuillez inscrire ici toute particularité ou remarque, notamment si des sites doivent être exclus des établissements que vous avez ciblés.*  Le formulaire doit être transmis au plus tard le 31 juillet 2017 à [deq@msss.gouv.qc.ca](mailto:deq@msss.gouv.qc.ca). | | | | |

16-723-02W ©Gouvernement du Québec, 2016

16-723-02W ©Gouvernement du Québec, 2016