

**Demande au comité paritaire**  
**MSSS-FMOQ**  
Responsable du mécanisme de dépannage

IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT				Date de la demande :									
RÉGION				(jour)		(mois)		(année)					
Nom du CSSS				Nom du directeur des services professionnels (DSP)									
Installation visée par la demande				Nom du responsable de la demande, si autre que le DSP									
Adresse postale :				Fonction du responsable de la demande, si autre que le DSP									
no		rue		ville		code postal		ind. rég.		Téléphone		n° du poste	

SECTEUR(S) D'ACTIVITÉ VISÉ(S) PAR LA DEMANDE		NATURE DE LA DEMANDE	
<input type="checkbox"/> Urgence		<input type="checkbox"/> Demande d'adhésion	
<input type="checkbox"/> Courte durée		<input type="checkbox"/> Demande de renouvellement	
<input type="checkbox"/> Obstétrique		<input type="checkbox"/> Demande de révision	
<input type="checkbox"/> Anesthésiologie		<input type="checkbox"/> Autre (Précisez dans la section ci-dessous)	
<input type="checkbox"/> LETTRE D'ENTENTE Précisez laquelle →		LE n° :	

**ENVOI DES DOCUMENTS**  
Veuillez faire parvenir ce formulaire,  
 dûment rempli et accompagné des documents requis,  
 par courrier électronique à l'adresse suivante :

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES			
<b>Expliquez brièvement les motifs de votre demande :</b> (Veuillez joindre des pages en annexe si vous avez besoin d'espace supplémentaire).			
Personne à contacter pour des informations supplémentaires		ind. rég.	Téléphone
			no du poste

DÉCISION DU COMITÉ PARITAIRE MSSS-FMOQ (Ne rien inscrire dans cette section)				
SECTEUR D'ACTIVITÉ	DÉCISION	AUTORISATION (quarts ou semaines / mois ou année)	DATE DE MISE EN VIGUEUR	DATE D'ÉCHÉANCE
LETTRE D'ENTENTE N°		Veuillez faire parvenir la liste des médecins participants avant le :		

### Précisions relatives à la décision :

[Redacted Signature]
Date

Johann Duboscq, coordonnateur
Membre du Comité paritaire MSSS - FMOQ