



Services de santé du groupe MICs

CONSEIL CONSULTATIF DES PATIENTS ET DES FAMILLES

FORMULAIRE DE CANDIDATURE

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom :	_____	Date de naissance :	_____
Adresse :	_____	Ville :	_____
		Code postal :	_____
Tél. (domicile) :	_____	Tél. (cellulaire) :	_____
Courriel :	_____		
Pourquoi aimeriez-vous être conseiller?	_____		
Quelles sont certaines des questions qui vous intéressent particulièrement?	_____		
Avez-vous des compétences ou une expérience qui pourraient être utiles au conseil?	_____		
Cochez tous les domaines dans lesquels vous aimeriez donner un coup de main :			
Examen des résultats des sondages sur la satisfaction des patients et des familles			
Planification à l'appui de l'expérience de soins des patients hospitalisés			
Planification à l'appui de l'expérience de soins en consultation externe			
Planification à l'appui de l'expérience de soins d'urgence			
Création/examen de documents éducatifs pour les patients/familles et de ressources sur le site Web			
Participation aux réunions de divers comités :			
Prévention et contrôle des infections	Soins aux patients	Oncologie	Médecine
Chirurgie			
Urgence	Autre : _____		
Avez-vous été un patient au cours des trois dernières années ou êtes-vous un membre de la famille d'une personne qui a été un patient au cours des trois dernières années?			Oui Non



Services de santé du groupe MICs

CONSEIL CONSULTATIF DES PATIENTS ET DES FAMILLES

FORMULAIRE DE CANDIDATURE

DISPONIBILITÉ ET ENGAGEMENT

J'aimerais travailler aux emplacements suivants :

Hôpital général Anson
Hôpital Bingham Memorial
Hôpital Lady Minto

Certaines réunions ont lieu à 8 h ou à 18 h 30, mais la plupart sont réparties entre ces heures.
Précisez les heures où vous pouvez assister aux réunions.

Heures/Jour	Lundi	Mardi	Mer.	Jeudi	Ven.	Sam.	Dim.
Avant-midi							
Après-midi							
Soirée							

ENTENTE

Lire et cocher avant de signer.

Je comprends que la présentation de ma candidature ou ma convocation à une entrevue ne garantit pas ma nomination à un poste de conseiller.

Je comprends qu'en acceptant un poste de conseiller, je devrai fournir au groupe MICs les résultats d'une vérification des antécédents judiciaires en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables (18 ans ou plus). Plus de détails seront alors fournis.

Je comprends qu'avant d'entreprendre mes fonctions de conseiller, je devrai signer une entente de confidentialité.

Je comprends qu'en tant que conseiller, je devrai rendre des comptes au responsable du conseil consultatif des patients et des familles du groupe MICs.

Fournissez le nom et les coordonnées de deux références qui n'ont pas de lien de parenté avec vous.

Signature du
candidat/de la
candidate:

Date :

Nom en lettres
moulées:

Normalement, nous communiquons avec les personnes convoquées à une entrevue dans les 30 jours suivant la présentation de la candidature.

Les renseignements personnels contenus sur le présent formulaire sont recueillis conformément à la Loi sur les hôpitaux publics et à la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée, et ils ne serviront qu'aux fins du processus de sélection du conseiller ou de la conseillère et de son affectation au groupe MICs. Nous ne communiquerons pas ces renseignements à d'autres fins sans d'abord obtenir la permission du candidat ou de la candidate.

RÉFÉRENCES

NOM	COORDONNÉES	LIEN AVEC VOUS