

Nom de l'établissement (ou des établissements)	N° d'identification

Collège de désignation _____

Section I - Mise en candidature			
Nom et prénom du candidat		Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Date de naissance A M J
Adresse		Occupation	
Municipalité	Province	Code postal	Employeur
Ind. rég. Téléphone résidence	Ind. rég. Téléphone travail Poste		

Section II - Consentement du candidat

**CONDITIONS REQUISES POUR ÊTRE MEMBRE
DU CONSEIL D'ADMINISTRATION D'UN ÉTABLISSEMENT**

1. Résider au Québec;
2. Être majeur (18 ans et plus);
3. Ne pas être sous tutelle ou curatelle;
4. Ne pas avoir été déclaré, au cours des cinq années précédentes, coupable d'un crime punissable de trois ans d'emprisonnement et plus;
5. Ne pas avoir été déchu, au cours des trois années précédentes, de ses fonctions comme membre du conseil d'administration d'un établissement, d'une régie régionale ou d'une agence;
6. Ne pas avoir été déclaré, au cours des trois années précédentes, coupable d'une infraction à la Loi sur les services de santé et les services sociaux ou aux règlements;
7. Ne pas travailler pour l'un des établissements indiqués ci-dessus ou exercer sa profession dans un centre exploité par cet établissement, sauf si la désignation visée par le présent formulaire est faite par l'un des collèges suivants: le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, le conseil des infirmières et infirmiers, le conseil multidisciplinaire, le conseil des sages-femmes, le personnel non clinique.

Je déclare avoir pris connaissance de ces informations et satisfaire aux conditions mentionnées ci-dessus pour être candidat. De plus, j'autorise également la transmission des renseignements contenus au présent bulletin à l'agence de la santé et des services sociaux et au ministère de la Santé et des Services sociaux, si je suis désigné membre du conseil d'administration. Les renseignements transmis à l'agence et au ministère sont régis par la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels.

En foi de quoi, j'ai signé à _____ le _____

Signature du candidat

Section III- Acceptation du président du processus de désignation

CANDIDATURE ACCEPTÉE

CANDIDATURE REFUSÉE

Motif(s) du refus: _____

Signature du président du processus de désignation

Date

CONFORMÉMENT AUX ARTICLES 64 ET 65 DE LA LOI SUR L'ACCÈS AUX DOCUMENTS DES ORGANISMES PUBLICS ET SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

1. Les renseignements contenus dans ce formulaire sont recueillis pour le compte de l'établissement concerné et, dans le cas d'un candidat désigné, de l'agence de la santé et des services sociaux et du ministère de la Santé et des Services sociaux.

2. Les renseignements transmis à l'agence et au ministère servent à constituer le fichier des membres des conseils d'administration des établissements de santé et de services sociaux utilisé pour des fins de gestion et de contrôle.

3. Auront accès à ces renseignements:

- les employés de l'établissement concerné, de l'agence et du ministère dans le cadre de leur fonction;
- tout autre utilisateur satisfaisant aux exigences de la loi précitée.

4. Les renseignements apparaissant au formulaire sont obligatoires.