

## ANNEXE 2 - Bulletin de mise en candidature (article 14) – Comité de direction

### Élection au Comité de direction du département territorial de médecine familiale (DTMF) de la Montérégie

#### BULLETIN DE MISE EN CANDIDATURE

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Numéro de permis : \_\_\_\_\_

Adresse du principal lieu de pratique : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

RLS de l'avis de conformité

#### Exercice professionnel actuel

|                           | NON                      | OUI                      | % <sup>1</sup> | Nom du ou des établissements, cliniques ou cabinets privés |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|--|
| En cabinet privé          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                |  |
| En clinique médicale, GMF | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                |  |
| En CHSGS                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                |  |
| En CHSLD                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                |  |
| En centre de réadaptation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                |  |
| En CLSC                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                |  |

#### <sup>1</sup>Pourcentage du temps relatif

Je, soussigné, sou mets ma candidature au poste de médecin élu du Comité de direction du DTMF de la Montérégie. Par la présente, j'autorise Santé Québec à utiliser les renseignements me concernant pour les transmettre aux Membres du DTMF suivant les procédures prévues à l'article

14 du *Règlement sur la composition, la durée du mandat et les modalités d'élection et de nomination des membres du Comité de direction du département territorial de médecine générale de la Montérégie*.

Dans l'éventualité où je serais élu(e), j'autorise également la transmission de ces mêmes renseignements au Ministère de la Santé et des Services sociaux, si requis. Les renseignements transmis à Santé Québec, au DTMF 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 : \_\_\_\_\_