Services de santé du groupe MICs
Formulaire de candidature au Comité d'éthique

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 :
  - ☐ Soins aux patients
  - ☐ Comité consultatif sur la culture autochtone
- ☐ 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
Formulaire de candidature au Comité d'éthique

DISPONIBILITÉ ET ENGAGEMENT

J'aimerais travailler aux emplacements suivants :

- ☐ Hôpital général Anson / Manoir South Centennial
- ☐ Hôpital Bingham Memorial / Centre Rosedale
- ☐ Hôpital Lady Minto / Villa 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