

Formulaire de soumission – Élection du Comité d’usagers d’établissement du CUSM

LA PRÉSIDENTE D'ÉLECTION DOIT RECEVOIR CE FORMULAIRE ET UNE LETTRE D'INTÉRÊT PAR COURRIEL AU PLUS TARD LE 10 MAI, À 17 HEURES : ME STÉPHANIE DUFOUR : [SDUFOUR@MBAVOCATS.CA](mailto:SDUFOUR@MBAVOCATS.CA)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Section 1 – Candidat | | | | | |
| Nom de famille |  | | Type de candidat : Usager Représentant d’un usager | | |
| Prénom |  | | **Si vous représentez un usager, veuillez indiquer son :** | | |
| Adresse |  | | Nom de famille |  | |
| Téléphone |  | | Prénom |  | |
| Date de naissance |  | | Adresse |  | |
| Employeur et poste occupé |  | | No. de téléphone |  | |
| Section II – Proposeurs (Usagers seulement) | | | | | |
| **Premier Proposeur** | | | **Deuxième proposeur** | | |
| Nom de famille et prénom |  | | Nom de famille  et prénom |  | |
| Adresse |  | | Adresse |  | |
| Téléphone |  | | Téléphone |  | |
| Date de naissance |  | | Date de naissance |  | |
| Signature |  | | Signature |  | |
| Section III – Consentement du/de la candidat(e) | | | | | |
| Je, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, le (la) candidat(e) mentionné(e) ci-dessus, déclare que les renseignements contenus dans le présent formulaire de candidature sont véridiques et exacts, notamment que je suis un(e) usager(ère) et/ou un(e) représentant(e) d'un(e) usager(ère) du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) et que je ne suis pas un(e) employé(e) du CUSM, de l'Institut de recherche du CUSM ou d'une de ses fondations, tel que les critères sur l’avis d’élection prévoient. Je consens à me présenter à l'élection et à ce que mes antécédents soient vérifiés. Si ma candidature est approuvée, j'autorise la présidente de l'élection à la rendre publique et à partager cette information avec les personnes concernées afin de tenir l'élection et de former le prochain Comité d’usagers d’établissement (CUÉ) du CUSM. Si je suis élu.e, je déclare que je respecterai les règlements du CUÉ-CUSM et les politiques et procédures du CUSM qui s'y appliquent.  Signature du/de la candidat(e) Date (JJ/MM/AA) | | | | | |
| Section IV - Identification du ou des sites dont le candidat est un usager  (site où l'usager a reçu des services au cours des deux dernières années) | | | | | |
| Hôpital neurologique de Montréal  Hôpital général de Montréal  Hôpital de Montréal pour enfants | | Hôpital Royal Victoria  Institut thoracique de Montréal  Centre du cancer des Cèdres | | | Hôpital de Lachine |
| Section V – Sommaire du profil (expérience personnelle/professionnelle) | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| Section VI – Réservé à la présidente d’élection | | | | | |
| Candidature reçue le, Date et Heure | | | Statut d’élection – 21 mai 2025  Candidat(e) se présente Candidat(e) se retire | | |
| Accepté(e) Refusé(e) | | | Candidat(e) élu(e) le 18 juin 2025 par \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ votes | | |
| Raison du refus | | | Candidat(e) non élu(e) | | |
| Candidat(e) informe(é), Date | | | Signature de la présidente de l’élection | | |