

<b>Identification du candidat (e)</b>	
Prénom	Cliquez ici pour entrer du texte.
Nom de famille	Cliquez ici pour entrer du texte.
Groupe d'âge :	18-30 ans : <input type="checkbox"/>
	31-60 ans : <input type="checkbox"/>
	60 ans et plus : <input type="checkbox"/>
Adresse	Cliquez ici pour entrer du texte.
Ville	Cliquez ici pour entrer du texte.
Code postal	Cliquez ici pour entrer du texte.
Adresse courriel	Cliquez ici pour entrer du texte.
Numéro de téléphone	Cliquez ici pour entrer du texte.

<b>Votre motivation à devenir usager partenaire pour le Nouvel Hôpital</b>
<p>Est-ce qu'un (des) membre(s) de votre famille, un proche ou vous-même avez utilisé les services du CISSSO de l'Outaouais?</p> <p style="text-align: center;">Cliquez ici pour entrer du texte-maximum 5 lignes</p>
<p>Pourquoi souhaitez-vous devenir usager partenaire pour le Nouvel Hôpital?</p> <p style="text-align: center;">Cliquez ici pour entrer du texte-maximum 5 lignes</p>
<p>Y-a-t-il un secteur de la santé ou des services sociaux qui vous tient à cœur et où vous aimeriez y voir des changements?</p> <p style="text-align: center;">Cliquez ici pour entrer du texte.</p>

## Formulaire de candidature usager partenaire pour le Nouvel Hôpital

Le secteur de santé que vous aimeriez représenter pour le projet du Nouvel Hôpital	
Voici la liste des secteurs et veuillez nous indiquer quel secteur vous intéresse à titre d'usager partenaire :	
LISTE DES SECTEURS RECHERCHANT UN USAGER PARTENAIRE	JE SUIS INTÉRESSÉ PAR CE SECTEUR : Veuillez indiquer votre principal choix en le cochant
<b>Bloc opératoire</b> : une personne qui aurait utilisé les services du bloc opératoire	<input type="checkbox"/>
<b>Clinique externe</b> : une personne qui a utilisé les services de consultation et traitement d'une des cliniques externes (ex. clinique d'orthopédie, clinique de l'œil, etc.)	<input type="checkbox"/>
<b>Parent-enfant</b> : un parent qui a été accompagné dans le processus de grossesse ou dans les soins de son bébé, ou quelqu'un dont l'enfant est/ou a été suivi par un service pédiatrique (ex. Clinique Le Copain);	<input type="checkbox"/>
<b>Santé mentale</b> : un usager qui utilise ou a utilisé un service de santé mentale en milieu hospitalier	<input type="checkbox"/>
<b>Services de l'oncologie</b> : une personne qui a utilisé le centre de cancérologie de Gatineau	<input type="checkbox"/>
<b>Soins intensifs</b> : une personne qui a utilisé des soins intensifs de l'Hôpital de Hull ou Gatineau	<input type="checkbox"/>
<b>Unité de soins</b> : une personne qui aurait été hospitalisée à une unité de médecine ou de chirurgie	<input type="checkbox"/>
<b>Volet médical</b> : un médecin retraité	<input type="checkbox"/>
<b>Volet Pharmacie</b> : une personne qui utilise ou a utilisé les services de la pharmacie d'un hôpital	<input type="checkbox"/>
<p><b>SOUMETTRE LE FORMULAIRE ET VOTRE VC :</b>            Dans un même courriel, vous devez envoyer le formulaire de candidature avec le nom du fichier suivant : <b>Formulaire_nom_prénom.pdf</b>            ainsi que votre curriculum vitae avec le nom du fichier suivant : <b>CV_nom_prénom.pdf</b>            à l'adresse suivante : <a href="mailto:07.usagers_partenaires@ssss.gouv.qc.ca">07.usagers_partenaires@ssss.gouv.qc.ca</a></p> <p><b>Commentaires :</b></p> <p>Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.</p> <p>Merci énormément d'avoir pris le temps de remplir ce formulaire de candidature.            La personne responsable du programme de partenariat avec les usagers et leurs proches vous contactera prochainement.</p>	