



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

Votre motivation à devenir usager partenaire pour le Nouvel Hôpital
<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;">Maximum 5 lignes</p>
<p>Pourquoi souhaitez-vous devenir usager partenaire pour le Nouvel Hôpital?</p> <p style="text-align: center;">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>



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
Bloc opératoire : Un usager qui aurait utilisé les services du bloc opératoire	<input type="checkbox"/>
Clinique externe : Un usager 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"/>
Parent-enfant : Un usager 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"/>
Santé mentale : Un usager qui utilise ou a utilisé un service de santé mentale en milieu hospitalier	<input type="checkbox"/>
Services de l'oncologie : Un usager qui a utilisé le centre de cancérologie de Gatineau	<input type="checkbox"/>
Soins intensifs : Un usager qui a utilisé des soins intensifs de l'Hôpital de Hull ou Gatineau	<input type="checkbox"/>
Unité de soins : Un usager qui aurait été hospitalisée à une unité de médecine ou de chirurgie	<input type="checkbox"/>
Volet médical : un médecin retraité	<input type="checkbox"/>
Volet Pharmacie : Un usager qui utilise ou a utilisé les services de la pharmacie d'un hôpital	<input type="checkbox"/>
<p>SOUMETTRE LE FORMULAIRE ET VOTRE CV : Dans un même courriel, vous devez envoyer le formulaire de candidature avec le nom du fichier suivant : Formulaire_nom_prénom et que votre curriculum vitae avec le nom du fichier suivant : CV_nom_prénom au plus tard le 13 août à l'adresse suivante : 07.usagers_partenaires@ssss.gouv.qc.ca</p> <p>Commentaires :</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>	