

Demande d'accompagnement de projet, de formation sur mesure et de mentorat Équipe de mentorat du CEVQ

Type de demande

- Accompagnement pour un projet Mentorat
 Formation sur mesure Autre : _____

Identification du demandeur

Nom : _____ Fonction : _____
Courriel : _____ Téléphone : _____
Nom de l'établissement : _____ Date de la demande : ____aaaa-mm-jj____
Adresse où aura lieu l'accompagnement/formation/mentorat : _____

Secteur d'activités

- Soins de longue durée, CHSLD Services gériatriques spécialisés
 Soutien à domicile GMF/Clinique médicale Autre : _____

Description du besoin et contexte

Date souhaitée : ____aaaa-mm-jj____

Enregistrez

ENVOYEZ LE FORMULAIRE COMPLÉTÉ À cevq.mentorat.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca

Section réservée à l'équipe de mentorat

Entente entre le CEVQ et le demandeur

Discussion avec le demandeur faite par Téléphone Teams le ____-____-____

Date prévue de début : ____-____-____

Date prévue de fin : ____-____-____

Nombre de rencontres ou de formation prévu : _____

Personne contact pour les mentores : _____

Courriel : _____

Modalité

Information supplémentaire