

DÉPARTEMENT TERRITORIAL DE MÉDECINE FAMILIALE (DTMF)

Bulletin de mise en candidature au comité de direction

Veuillez remplir le présent formulaire et le retourner **au plus tard le 18 octobre 2026, avant 17 h**, au président d'élection, monsieur Jean-Luc Tremblay, à l'adresse courriel suivante : drmg.ciussscn@ssss.gouv.qc.ca.

1. Identification du candidat	
Nom du médecin de famille :	Numéro de permis d'exercice :
No de téléphone :	Courriel sécurisé (.med) :
2. Lieu de pratique	
Choisir parmi les options suivantes : ☐ Cabinet privé ☐ GMF ☐ CHSLD	☐ CLSC ☐ CH ☐ Autre(s), précisez :
3. Sous-territoire d'exercice	
Choisir parmi les options suivantes : ☐ Portneuf Nord-Ouest ☐ Portneuf Sud-Ouest ☐ Duberger/Les Saules/Lebourgneuf ☐ Sainte-Foy/Sillery/Québec/Haute-Ville ☐ Québec/Basse-Ville ☐ Limoilou/Vanier	☐ Charlesbourg ☐ Laurentien/Loretteville/ Val-Bélair ☐ Beauport ☐ Orléans ☐ Charlevoix-Ouest ☐ Charlevoix-Est
4. Attestation	
Je confirme par la présente soumettre ma candidature pour un poste de membre du comité de direction du DTMF de la Capitale-Nationale et, à cette fin, déclare être membre du DTMF et inscrit sur la liste des électeurs, ne pas avoir d'antécédent déontologique sérieux incompatible avec les fonctions du DTMF et ne pas avoir d'antécédent disciplinaire au sein d'un établissement de Santé Québec qui serait incompatible avec la fonction. J'autorise le représentant de Santé Québec, monsieur Patrick Duchesne, à consulter mon dossier professionnel du Collège des médecins du Québec et de tout établissement de Santé Québec à des fins de vérification de mes antécédents disciplinaires et déontologiques. Veuillez indiquer les établissements de Santé Québec où vous avez exercé votre pratique au cours de votre carrière : _____ _____ _____ <i>J'atteste que tous les renseignements contenus au présent bulletin sont véridiques.</i> En foi de quoi, j'ai signé à : _____ (lieu), le _____ (date), _____ (signature du candidat)	

5. Appui de quatre (4) médecins membres du DTMF

Nom du médecin (1)	No de permis d'exercice	Signature
Nom du médecin (2)	No de permis d'exercice	Signature
Nom du médecin (3)	No de permis d'exercice	Signature
Nom du médecin (4)	No de permis d'exercice	Signature

Conformément aux articles 64 et 65 de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* :

1. Les renseignements contenus dans ce formulaire sont recueillis pour le compte de Santé Québec Capitale-Nationale - Universitaire;
2. Les renseignements transmis à Santé Québec Capitale-Nationale - Universitaire servent à constituer le fichier des membres du comité de direction du DTMF;
3. Les employés de Santé Québec Capitale-Nationale - Universitaire, dans le cadre de leurs fonctions, ainsi que tout autre utilisateur satisfaisant aux exigences de la présente Loi pourront avoir accès à ces renseignements;
4. Les renseignements demandés au formulaire sont obligatoires afin d'assurer la validité de la candidature.