

**BULLETIN DE MISE EN CANDIDATURE  
COMITÉ DES USAGERS DU CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL**

<b>Section I – Mise en candidature</b>	
Nom et prénom du candidat	<b>Qualité du candidat</b>  Usager <input type="checkbox"/> Représentant d'un usager <input type="checkbox"/> Curateur <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Personne autorisée par mandat <input type="checkbox"/> Personne intéressée <input type="checkbox"/>
Téléphone du candidat      Établissement <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> (      )	
Adresse du candidat      Établissement <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	Nom et prénom de l'usager représenté
Candidat      jour mois année Sexe H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Date de naissance	Adresse de l'usager représenté      Établissement <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
Signature du candidat	

<b>Section II – Proposeurs (seulement si vous n'êtes pas un usager) *</b>	
Nom et prénom du 1 <sup>er</sup> proposeur      Téléphone (      )	Nom et prénom du 2 <sup>e</sup> proposeur      Téléphone (      )
Adresse	Adresse
Signature	Signature

<b>Section III – Consentement du candidat</b>	
<p>Je, soussigné _____, proposé candidat par le bulletin ci-dessous, déclare ne pas être sous curatelle, reconnais la véracité des informations qui y sont contenues et consens à être candidat au poste de membre du comité des usagers du CHU de Québec-Université Laval</p> <p>J'autorise le président d'élection à afficher ou publier mon nom, en tant que candidat, ainsi qu'à transmettre cette information à qui de droit, afin de compléter les procédures requises pour l'élection des membres du comité des usagers</p>	
_____	_____
Date	Signature du candidat

<b>Section IV – Réserve au président d'élection</b>			
Provenance du candidat :			
Mode d'élection		Vote <input type="checkbox"/> Par acclamation <input type="checkbox"/>	
Mandats	Nombre	Début du mandat	Année de fin de mandat      jour      mois      année
Nom et prénom du membre remplacé	Date de départ Jour mois année	Raison du départ Décès <input type="checkbox"/> Démission <input type="checkbox"/> Perte qualité <input type="checkbox"/> Fin mandat <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	
Signature du président d'élection		Date :      jour      mois      année	

\* si vous n'êtes pas un usager, vous devez être proposé par deux usagers du CHU de Québec-Université Laval.