



Conseil Cree de la santé et des services sociaux de la Baie James
σᓂᓄᓐᓐ ᓃᓐ ᓄᓐ ᓄᓐ ᓄᓐ ᓄᓐ ᓄᓐ ᓄᓐ ᓄᓐ ᓄᓐ ᓄᓐ ᓄᓐ
Cree Board of Health and Social Services of James Bay

Qualité d'un bon remplaçant

- Bilingue
- Intérêt pour la rencontre avec d'autres cultures
- Aimer les grands espaces, la nature et la tranquillité
- Flexibilité, patience et travailleur
- Connaissances en dentisterie générale avec un intérêt marqué pour:
 - Pédodontie
 - Chirurgie
 - Endodontie

Documents nécessaires pour une application en vue d'un remplacement:

- Formulaire de nomination remplie et signée. *svp cochez le statut associé*
- CV
- Copie de la carte de l'ODQ
- Copie de la preuve d'assurance responsabilité.
- Lettre de bonne conduite de l'ODQ, demandé à Mme Carole Pigeon 514-875-8511

Envoyer le tout à:

Dr. Lucie Papineau
Oujé-Bougoumou Healing Center
68 Opataca Street, PO Box 1170
Oujé-Bougoumou, Québec
G0W 3C0
Tél: 418-745-3901 ext. 229
Fax: 418-745-3043
LPapineau.reg18@ssss.gouv.qc.ca

Comment obtenir un remplacement?

- Obtention d'une nomination
- Réception d'une copie de votre avis de nomination temporaire
- Surveiller les annonces des remplacements disponibles via courriel
- Envoyer vos préférences et disponibilités via courriel
- Recevoir un avis de confirmation du remplacement
- Contacter le dentiste à remplacer pour établir un horaire selon les disponibilités du personnel et des patients
- Préparer pour le départ et séjour dans le village

5- PUBLICATIONS

Annexer la liste

6- EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE

Période	Établissement	Statut	Privilèges
Autres expériences			

7- PERSONNES POUVANT FOURNIR DES RÉFÉRENCES

Nom et prénom	Adresse	Téléphone
		Ind. rég.
		Ind. rég.
		Ind. rég.

8- STATUT ET PRIVILÈGES DEMANDÉS**Statut demandé**Membre actif Membre associé Membre honoraire Membre conseil **Privilèges demandés**À titre de médecin À titre de dentiste

}

Je désire obtenir les privilèges énumérés dans la liste ci-jointe.

9- AUTORISATIONS

J'autorise les personnes responsables de l'étude de ma demande à obtenir les renseignements requis de tout établissement, médecin, dentiste ou pharmacien, sous réserve du respect de leur caractère confidentiel.

J'autorise en particulier le secrétaire de la Corporation professionnelle des médecins du Québec ou son adjoint, le secrétaire de l'Ordre des dentistes du Québec ou son adjoint et le secrétaire de l'Ordre des pharmaciens du Québec ou son adjoint à communiquer les renseignements contenus dans mon dossier personnel et susceptibles d'être utiles à l'étude de ma demande.

Cette autorisation est valable pour la durée de l'étude de ma demande, selon les délais prévus à l'article 130 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

10- ASSURANCE-RESPONSABILITÉ

Je fournis, ci-joint, la preuve de la possession d'une police d'assurance-responsabilité civile professionnelle pour moi-même et ma succession.

11- DÉCLARATION

J'affirme avoir pris connaissance des règlements internes de l'établissement où je fais une demande de nomination. Je m'engage à les respecter ainsi qu'à exercer dans les limites des programmes de santé adoptés par l'établissement.

Année Mois Jour

--	--	--

Date

Signature

Témoïn

12- PIÈCES JOINTESListe des publications Preuve d'assurance-responsabilité Liste des privilèges demandés Autres documents