

JE VEUX M'IMPLIQUER !

IDENTIFICATION

Nom, prénom :

Numéro de permis :

Téléphone :

Courriel :

Employeur :

SECTEUR(S) D'ACTIVITÉS/D'INTÉRÊTS

Je suis intéressé(e) à m'impliquer dans (cochez un ou plusieurs si désirez) :

- Inspection professionnelle (vous devez avoir au moins 5 ans d'expérience)
 - Soins cardiorespiratoires généraux
 - Soins critiques et urgence
 - Assistance anesthésique
 - Épreuves diagnostiques
 - Soins à domicile
- Groupes *focus*
- Projets-pilotes
- Sondages d'opinion
- Écrire un article pour la revue *l'inhalo*
- Représentations dans les écoles secondaires de votre région

Un ou une collègue se démarque? Nous voulons le savoir!

Nom :

Employeur :

Raison, projet ou implication :

Signature : _____ Date :



Enregistrer le document et le retourner par courriel à l'adresse suivante : adjointe.tableaumembres@opiQ.qc.ca

Ou par télécopieur : 514 931-3621