

HÔPITAL NOTRE-DAME HOSPITAL (HEARST)

DEMANDE D'ADHESION AU CONSEIL D'ADMINISTRATION



1405, rue Edward
S.P. 8000
Hearst ON P0L 1N0

Hôpital Notre-Dame Hospital (Hearst) - Demande d'adhésion au Conseil d'administration

Nom : _____

Adresse : _____

Tél. : (domicile) _____ (bureau) _____

Courrier

électronique: _____

- 1. J'aimerais siéger au conseil d'administration de l'Hôpital Notre-Dame Hospital (Hearst) à titre d'administrateur ou d'administratrice. Je choisis de poser ma candidature à la fonction suivante.**

représentant(e) de la communauté en général (mandat de 3 ans)

- 2. Etes-vous membre de la corporation de l'Hôpital Notre-Dame Hospital en date du 1^{er} avril de cette année?** Oui Non

- 3. Veuillez lire attentivement l'article 4.3 (b) ci-dessous, « Titres et qualités des administrateurs et des administratrices », tiré du règlement administratif de l'hôpital :**

(b) Aucune personne exclue ne peut être élue ou nommée au conseil d'administration, sauf disposition contraire prévue par le présent règlement administratif.

Pour les besoins du présent règlement administratif, on entend par « personne exclue » ce qui suit :

- (i) tout membre du personnel professionnel, sauf un membre du personnel médical nommé au conseil conformément aux dispositions de la Loi sur les hôpitaux publics;
- (ii) tout employé de la corporation de l'Hôpital Notre-Dame Hospital (Hearst) ou tout partenaire de la corporation de l'Hôpital Notre-Dame Hospital (Hearst);
- (iii) tout conjoint, enfant à charge, parent, frère ou soeur de toute personne exclue nommée dans les paragraphes (i) et (ii) ci-dessus;
- (iv) tout membre du ménage d'une personne exclue nommée dans les paragraphes (i) et (ii) ci-dessus;
- (v) le vérificateur retenu par la corporation; ou
- (vi) l'avocat retenu par la corporation.

Compte tenu de la définition précitée, êtes-vous de l'avis que vous êtes une « personne exclue»?

Oui Non

- 4. Êtes-vous en faillite ou en train de vous déclarer en état de faillite?** Oui Non

- 5. Veuillez décrire brièvement vos antécédents personnels et indiquer pourquoi vous voulez siéger au conseil d'administration.**

6. Quelle expérience mettriez-vous à profit, à titre de membre du conseil d'administration, pour aider à diriger la corporation?

7. Pour chacun des critères ci-dessous, veuillez encrer le chiffre qui vous décrit le mieux (1 signifie « minimal » et 5 signifie « considérable »).

Finance/Gestion des affaires	Conseil d'administration et gouvernance	Construction et gestion de projet	Éthique	Expérience dans le domaine clinique/acuité politique	Gouvernement et relations gouvernementales	Gestion des ressources humaines/relation de travail	Technologie de l'information	Légale	Relations publiques et communications	Gestion de la qualité et sécurité des patients et des risques	Vision et Planification stratégique	Administration dans le domaine de la santé et politique	Promotion et défense des droits des patients	Autre :

8. Veuillez indiquer, s'il y a lieu, tout autre genre de service, d'organisme ou de club communautaires auxquels vous avez participé ou vous participez.

9. Que savez-vous au sujet de votre hôpital local?

Connaissez-vous la vision, la mission et les valeurs fondamentales adoptées par la corporation et ses partenaires?

Oui Non

Pouvez-vous les appuyer en principe?

Oui Non

10. À votre avis, faites-vous preuve d'un « esprit d'équipe »? Oui Non

À votre avis, serez-vous en mesure de consacrer le temps et l'énergie nécessaires à l'exercice des fonctions propres à un membre du conseil d'administration? Oui Non

Êtes-vous capable de bien réagir au changement? Oui Non

Pouvez-vous résoudre efficacement des problèmes difficiles? Oui Non

11. **Réunions du conseil d'administration.**

Les réunions du conseil d'administration se déroulent en français et les documents sont souvent uniquement en français.

Êtes-vous à l'aise de participer à des rencontres en français ? Oui Non

12. **Veillez lire la déclaration ci-dessous et apposer votre signature ainsi que la date sur les lignes réservées à cette fin.**

Je conviens de poser ma candidature à la fonction d'administrateur ou d'administratrice du conseil d'administration de l'Hôpital Notre-Dame Hospital (Hearst). Si je suis élu(e), je conviens de siéger à titre d'administrateur ou d'administratrice, conformément au règlement administratif et aux politiques de l'hôpital.

Signature

Date

Veillez poster le formulaire d'adhésion dûment rempli, dans une enveloppe scellée adressée au Comité des mises en candidature, a/s du Bureau de l'administration de l'Hôpital Notre-Dame Hospital (Hearst), C.P. 8000, Hearst, Ontario, POL 1N0, ou déposer l'enveloppe au bureau de l'administration générale de l'hôpital. Merci.