A white sign with black text

Description automatically generated

**FORMULAIRE DE MISE EN CANDIDATURE**

**Équipe de négociation provinciale du secteur hospitalier**

**IMPORTANT : Veuillez inscrire tous les renseignements EN CARACTÈRES D’IMPRIMERIE, sauf votre signature.**

**Choisissez une option :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Personne candidate à temps plein /  Personne candidate à temps partiel  **NOM DE LA PERSONNE CANDIDATE :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom de famille : | | | |  | | | | | | | | | | Prénom : | |  | | | | |
| No de section locale : | | |  | | | | No de région : | | | |  | | Unité de négociation : | | | | | |  | |
| Adresse : | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Numéro(s) de tél. : | | | Domicile : | | | | | |  | | | | | | Cellulaire : | |  | | | |
| Adresse de courriel personnelle : | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No de membre de l’AIIO : | | | | |  | | | | | | | | | **(inscrit sur votre carte de membre)** | | | | | | |
| **AUTEURS DE LA MISE EN CANDIDATURE :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1) |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | Nº de locale | |  |
|  | Nom de famille | | | | | Prénom | | | | | | Signature | | | | | | Nº de l’AIIO | |  |
| 2) |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | Nº de locale | |  |
|  | Nom de famille | | | | | Prénom | | | | | | Signature | | | | | | Nº de l’AIIO | |  |
| 3) |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | Nº de locale | |  |
|  | Nom de famille | | | | | Prénom | | | | | | Signature | | | | | | Nº de l’AIIO | |  |
| 4) |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | Nº de locale | |  |
|  | Nom de famille | | | | | Prénom | | | | | | Signature | | | | | | Nº de l’AIIO | |  |
| 5) |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | Nº de locale | |  |
|  | Nom de famille | | | | | Prénom | | | | | | Signature | | | | | | Nº de l’AIIO | |  |
| **CONSENTEMENT DU CANDIDAT OU DE LA CANDIDATE**  **Je, soussigné(e), suis membre en règle de l’Association des infirmières et infirmiers de l’Ontario et consens à me porter candidat(e) à l’élection des membres de l’Équipe de négociation provinciale du secteur hospitalier. J’ai également lu et compris la politique électorale des Équipes de négociation provinciale/de groupe de l’AIIO et j’accepte de m’y conformer.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE : | |  | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | Signature | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| REMARQUE : Ce formulaire de mise en candidature doit être accompagné d’un curriculum vitæ, d’un article et d’une photo et doit être envoyé par courriel au bureau de la directrice générale à chiefelectoralofficer@ona.org au plus tard 2 février 2024, à 16 h. Il incombe aux candidates et candidats de confirmer la réception du formulaire de mise en candidature en communiquant avec Vicki Romaniuk, au 519 966-6350 ou au 1 800 387-5580, poste 5221 (sans frais) ou à l’adresse [vickir@ona.org](mailto:vickir@ona.org). |