



**The Paramedic Association
of New Brunswick**

**L'Association des paramédics
du Nouveau-Brunswick**

Expression d'intérêt pour un comité – Réservé aux membres

L'APNB dépend de la volonté de ses membres de siéger à ses comités; veuillez renvoyer au bureau le formulaire rempli. Les candidats seront avertis quand un poste sera vacant. Les candidatures ne seront prises en considération que si toutes les parties sont remplies.

A. Coordonnées du membre :

Nom : _____ N° ID : _____

Employeur : _____

Courriel : _____ Tél. : _____ Cell. : _____

Adresse : _____ Code postal : _____

1. L'APNB a un large éventail de comités qui ont besoin de la présence de membres. Veuillez cocher tous les comités auxquels vous accepteriez de siéger; nous nous réservons le droit de limiter la participation des membres à un comité par mandat. Un mandat est réputé durer deux ans.

2. Plaintes Honneurs et prix
 Relations publiques Examen des politiques
 Discipline et Aptitude à exercer

3. Qu'est-ce qui vous motive à vouloir siéger à ce comité de l'APNB?

4. Qu'avez-vous à offrir à ce comité de l'APNB si votre candidature est acceptée?

B. Renseignements concernant les études et les employeurs :

Année d'obtention du diplôme : _____ Programme : _____ Établissement :

Employeur : _____

Depuis combien d'années travaillez-vous chez votre employeur actuel?

Employeurs précédents dans les SMU : _____

Secteur : ANB _____ Industrie _____ Pompiers _____ Enseignement _____ Autre

Lieu de service actuel : Urbain _____ Rural _____ Interprovincial _____

Expérience au sein de conseils d'administration ou de comités :

Autre expérience pertinente (statut d'instructeur, bénévolat, etc.) :

C. Veuillez indiquer le nom d'une personne disposée à vous fournir des références et avec qui nous pouvons prendre contact par téléphone ou par courriel; cette personne doit être prête à répondre à quelques questions sur votre moralité et votre éthique professionnelle. Tous les renseignements recueillis dans le cadre de cette démarche sont strictement confidentiels et ne seront pas divulgués en dehors du Conseil d'administration.

Nom : _____ Téléphone : _____ Courriel :

D. Veuillez signer et dater le formulaire pour le valider.

(En cas d'envoi par courriel, l'adresse courriel suffit.) _____

Signature

Date

Le présent document a pour but de permettre au Conseil d'administration d'obtenir des renseignements sur les candidats et de choisir ceux qui sont les plus appropriés pour chaque comité. Les demandes seront prises en considération quand des postes deviendront vacants ou que des mandats toucheront à leur fin.

Une fois leur nom choisi par le Conseil d'administration, on communiquera directement avec tous les candidats afin de leur demander de confirmer leur intérêt pour un siège au

comité choisi et pour s'assurer que le rôle qui sera le leur au sein du Comité leur convient.

Veillez renvoyer ce formulaire à l'Association par courriel à chantale.hayes@panb.ca ou par courrier à l'Association des paramédics du Nouveau-Brunswick, 1A – 500, promenade Brookside, Fredericton (N.-B.) E3A 8V2.

Merci de l'intérêt que vous manifestez à servir votre profession!