



**The Paramedic Association
of New Brunswick**

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

Expression d'intérêt pour un comité – Représentant du public

L'APNB compte sur des représentants du public pour siéger aux côtés de ses membres au sein de 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. Renseignements personnels :

Nom : _____

Courriel : _____ Tél. : _____ Cell. : _____

Adresse : _____ Code postal : _____

1. L'APNB possède plusieurs comités qui ont besoin 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. Les comités de l'APNB n'ont pas tous besoin de représentants du public, mais vous serez averti de tout poste vacant qui pourrait vous intéresser.
2. Plaintes Honneurs et prix
 Relations publiques Examen des politiques
 Discipline et Aptitude à exercer
3. Pourquoi souhaitez-vous participer aux travaux de ce comité de l'APNB?

4. Qu'avez-vous à offrir à ce comité de l'APNB si un poste vous est attribué?

B. Renseignements concernant les études et les employeurs :

Quel est votre plus haut niveau de scolarité? _____

Qui est votre employeur actuel? _____

Depuis combien d'années occupez-vous un poste auprès de votre employeur actuel? _____

Avez-vous déjà travaillé dans les SMU? Dans l'affirmative, qui était votre employeur?

Veuillez indiquer votre 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 Conseil d'administration de l'APNB s'efforce de faire en sorte que tant les membres de l'Association que les représentants du public soient affectés à un poste qui leur convient afin de soutenir l'Association dans son élan. 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.

Veuillez 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 votre intérêt à contribuer à l'amélioration du service médical d'urgence au Nouveau-Brunswick!