

Équipe

Identifiez les secteurs (services, équipes, etc.) impliqués dans la réalisation de ce projet :

Indiquez le nom et les coordonnées de la personne-ressource responsable des communications avec le CECTC (porteur de projet) :

Indiquez le nom et les coordonnées du **J H** **Impliqué dans la démarche de soutien-conseil :**

Indiquez le nom et les coordonnées du représentant médical impliqué dans la démarche de soutien-conseil (cogestionnaire médical, chef de département, chef de service, personne déléguée):

Indiquez les noms et les professions des autres personnes impliquées dans la démarche de soutien-conseil :

Échéancier

Indiquez l'échéancier envisagé (approximativement) :

Mois souhaité pour débiter la démarche :

Signatures

Directeur.trice du programme concerné ou cadre responsable :

Porteur de projet :

Date :

*Acheminer la demande à soutien.conseil.cectc.chum@ssss.gouv.qc.ca