

**FORMULAIRE DE MISE EN CANDIDATURE**

**Équipe de négociation provinciale du secteur des maisons de soins infirmiers**

**IMPORTANT : Veuillez inscrire tous les renseignements en caractères d’imprimerie, sauf votre signature.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Personne candidate à temps plein /  Personne candidate à temps partiel **(choisissez une option)**  **NOM DE LA PERSONNE CANDIDATE :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom de famille : | | | | | |  | | | | | | | Prénom : | | |  | | | | | No de membre de l’AIIO : |  | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | **(inscrit sur votre carte**  **de membre)** | | | |
| No de section locale : | | | |  | | | No de région : | |  | Unité de négociation : | | | |  | | | | | | | | |
| Adresse : | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No de téléphone cellulaire: | | | | | | |  | | | | | Adresse de courriel personnelle : | | | | | |  | | | | |
| **AUTEUR(E)S DE LA MISE EN CANDIDATURE :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (1) |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | No de section locale | |  |
| Nom de famille | | | | | | | Prénom | | | | | | | Signature | | | | | Nº de membre de l’AIIO | |  |
| (2) |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | No de section locale | |  |
| Nom de famille | | | | | | | Prénom | | | | | | | Signature | | | | | Nº de membre de l’AIIO | |  |
| (3) |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | No de section locale | |  |
| Nom de famille | | | | | | | Prénom | | | | | | | Signature | | | | | Nº de membre de l’AIIO | |  |
| (4) |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | No de section locale | |  |
| Nom de famille | | | | | | | Prénom | | | | | | | Signature | | | | | Nº de membre de l’AIIO | |  |
| (5) |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | No de section locale | |  |
| Nom de famille | | | | | | | Prénom | | | | | | | Signature | | | | | Nº de membre de l’AIIO | |  |
| **CONSENTEMENT DE LA PERSONNE 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 des maisons de soins infirmiers. J’ai également lu et compris la politique électorale des Équipes de négociation provinciale/de groupe de l’AIIO et ses procédures 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 (voir les modèles) et d’une photo et doit être envoyé par courriel à la directrice générale à l’adresse chiefelectoralofficer@ona.org au plus tard le 30 mai 2025, à 16 h (HE). Il incombe aux personnes candidates de confirmer la réception du formulaire de mise en candidature en communiquant avec Gabriella Paradiso, au 1 800 387-5580, poste 2357 ou à l’adresse [gabriellap@ona.org](mailto:gabriellap@ona.org). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |