



Envoyez ce formulaire à l'adresse suivante:
OROT.CCOMTL@ssss.gouv.qc.ca

FORMULAIRE: EXPRESSION D'INTÉRÊT - EMPLOYÉ

Nom de l'employé

Personne-ressource

Date

PRÉNOM / NOM / TITRE

JJ / MM / AAAA

Contact

Profession et département

COURRIEL

Site web

TÉLÉPHONE

Brève description de vos besoins et de votre idée d'innovation
(maximum 300 mots) (si nécessaire, joindre tout autre document pertinent)

Pour le CIUSSS CCO (ne pas remplir)

Nom du gestionnaire projet

Responsable de projet interne
clinique, chercheurs ou autres
personnes du CIUSSS CCO

Oui, s'il vous plaît clarifier
Aucun intérêt
Pas de chef de projet interne

Résumé, autres commentaires et informations pertinentes

Prochaines étapes