

CORNWALL COMMUNITY HOSPITAL / HÔPITAL COMMUNAUTAIRE DE CORNWALL
(la « Société »)

Déclaration de candidature au poste d'administrateur ou d'administratrice

DEST. : **Comité de gouvernance de l'Hôpital communautaire de Cornwall**

a/s de : Jeanette Despatie
Directrice générale
Hôpital communautaire de Cornwall
840, avenue McConnell
Cornwall (Ontario) K6H 5S5

1. **Qualités requises.** Je soussigné, demande par les présentes que ma candidature au poste d'administrateur de la Société soit étudiée, et, ce faisant, je reconnais et déclare que : **[veuillez cocher chaque énoncé ci-dessous pour indiquer que vous en avez pris connaissance]**

- ☐ J'ai au moins dix-huit (18) ans;
- ☐ Je ne suis pas un failli non libéré;
- ☐ Je vis ou j'exerce mes activités dans la ville de Cornwall, dans les comtés unis de Stormont, Dundas, Glengarry ou le territoire d'Akwesasne (« la zone desservie »);
- ☐ Je ne suis pas un membre actuel du personnel professionnel de la Société [ne s'applique pas aux *membres d'office* d'un conseil d'administration exigés par la *Loi sur les hôpitaux publics*] ou un employé de la Société [ne s'applique pas au directeur général ou au chef de direction des soins infirmiers];
- ☐ Je ne vis pas dans le même ménage qu'un membre professionnel ou un employé actuel de la Société.

2. **Adresse résidentielle.** Mon adresse résidentielle est la suivante :

3. **Adresse d'affaires.** Mon adresse d'affaires est la suivante (le cas échéant) :

4. **Examen des responsabilités de l'administrateur.** Je déclare avoir pris connaissance de l'Annexe A de cette demande de candidature. Si ma candidature au poste d'administrateur de la Société est retenue, je m'engage : **[veuillez cocher chaque énoncé ci-dessous pour indiquer que vous en avez pris connaissance]**

- ☐ à appuyer les objectifs de la Société (*se reporter à la Partie I de l'Annexe A*);
- ☐ à aviser la Société de toute situation qui m'obligerait immédiatement à libérer le poste d'administrateur (*se reporter à la Partie 2 de l'Annexe A*);
- ☐ à respecter les dispositions relatives aux conflits d'intérêts et à la confidentialité s'appliquant aux administrateurs (*se reporter à la Partie 3 de l'Annexe A*);
- ☐ à collaborer avec le Conseil d'administration et à l'aider à s'acquitter de ses devoirs et responsabilités envers la Société (*se reporter à la Partie 4 de l'Annexe A*);
- ☐ à satisfaire les attentes en matière de rendement des membres du Conseil d'administration (*se reporter à la Partie 5 de l'Annexe A*).
- ☐ Je comprends, par ailleurs, que je ne serai pas rémunéré pour mes services à titre d'administrateur conformément aux lois régissant les organismes de bienfaisance.
- ☐ Je comprends que l'on s'attend à ce que je participe à toutes les réunions du Conseil d'administration et des comités auxquels j'aurai été affecté; cependant, étant donné que cela n'est pas toujours possible, une assiduité d'au moins 60 % est jugée acceptable conformément au Règlement administratif.

5. **Profil.** Je comprends que la Société veut s'assurer que les membres du Conseil d'administration ont les compétences et l'expérience dont ils ont besoin pour gouverner la Société et que le Conseil reflète l'étendue, la portée et la diversité de la région desservie, y compris les caractéristiques démographiques, culturelles, linguistiques, économiques, ethniques et sociales de la communauté desservie par la Société. En vue d'aider la Société à mettre sur pied un Conseil d'administration apte à réaliser ces objectifs, je fournis les renseignements demandés suivants :

- (a) Je possède des compétences ou de l'expérience dans les domaines suivants : **[veuillez cocher les éléments qui s'appliquent]**

De base	Avancée	Compétence ou Expérience
☐	☐	expérience antérieure de la gouvernance;
☐	☐	expérience de la planification stratégique;
☐	☐	expérience de la gestion et de la restructuration des organisations complexes;
☐	☐	compréhension des besoins, des enjeux et des tendances du secteur des soins de santé;
☐	☐	compréhension des besoins diversifiés de la région;

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| ☐ | ☐ | expérience antérieure dans le domaine médical; |
| ☐ | ☐ | connaissance des tendances en matière de soins de santé dans la province; |
| ☐ | ☐ | esprit d'initiative démontré envers les besoins des patients et de leur famille; |
| ☐ | ☐ | connaissance et expérience des affaires et de la gestion; |
| ☐ | ☐ | connaissance et expérience des projets de construction, y compris la gestion des projets, l'architecture et de l'ingénierie; |
| ☐ | ☐ | connaissance et expérience dans le domaine de l'éducation; |
| ☐ | ☐ | compréhension des questions fiscales et financières; |
| ☐ | ☐ | compréhension des questions juridiques; |
| ☐ | ☐ | connaissance et expérience de l'éducation des professionnels de la santé; |
| ☐ | ☐ | connaissance et expérience de la gestion des ressources humaines; |
| ☐ | ☐ | connaissance et expérience des communications et de la technologie de l'information; |
| ☐ | ☐ | connaissance et expérience des relations gouvernementales et publiques; |
| ☐ | ☐ | Autre : _____ |

(b) J'occupe actuellement le poste de :

- (c) Âge : ☐ 18 - 25
☐ 26 - 35
☐ 36 - 45
☐ 46 - 55
☐ 56 - 65
☐ 66 - 75
☐ plus de 75

(d) Sexe : H ☐ F ☐

(e) Langues : ☐ Anglais
☐ Français
☐ Autres : _____

6. **Curriculum vitae.** Je joins en annexe un exemplaire de mon curriculum vitae. **[Veuillez l'annexer]**

7. **Conflits d'intérêts.** Je déclare par les présentes mon adhésion ou mon affiliation à tout organisme qui pourrait constituer un conflit d'intérêts perçu ou réel pour la Société :

DÉCLARATION : Si ma demande est approuvée, j'accepte d'agir à titre d'administrateur de la Société et, en ma qualité d'administrateur de la Société, j'accepte d'agir en tout temps avec honnêteté et bonne foi dans l'intérêt de la Société. J'accepte également de respecter les règlements généraux, règles et politiques de la Société et toutes les lois en vigueur. Je comprends que la durée de mon mandat d'administrateur reste à déterminer. Je comprends parfaitement que toute erreur figurant dans ma demande pourrait entraîner le rejet de ma candidature au poste d'administrateur ou ma destitution. Je m'engage à aviser la Société immédiatement par écrit de toute modification aux renseignements figurant dans cette demande de candidature.

NOM DU DEMANDEUR (en caractères d'imprimerie)

SIGNATURE DU DEMANDEUR

DATE

Numéro de téléphone où l'on peut joindre le demandeur pendant la journée : _____

Courriel : _____

NDT : L'utilisation du masculin dans le présent document a pour seul but d'alléger le texte et s'applique sans discrimination aux personnes des deux sexes.

Les renseignements personnels demandés dans le présent formulaire sont recueillis en vertu de l'article 300 de la *Loi sur les personnes morales*. Les renseignements fournis ne seront pas utilisés à des fins autres que celles énoncées dans le présent formulaire, sauf si vous en avez donné l'autorisation. Si vous avez des questions à propos des renseignements personnels à votre sujet, veuillez communiquer avec la coordonnatrice de l'accès à l'information au 613 938-4240, poste 2262.

This document is available in English under the title: "Application to Become a Director".