|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTIFICATION** | |
| Date de la demande : | |
| Nom et rôle de la personne requérante : | |
| Nom de l’organisme requérant : | |
| Téléphone : | Courriel : |
| **NATURE DE LA DEMANDE** | |
| Décrivez brièvement le(s) objectif(s) que vous souhaitez atteindre avec le soutien d'un(e) organisateur (trice) communautaire de CIUSSS - CODIM. Ajoutez toutes les informations que vous jugez nécessaires et/ou pertinentes. | |
|  | |

Envoyez votre demande complétée, par courrier électronique à : brigadesantepublique.ccomtl@ssss.gouv.qc.ca

Une fois votre demande reçue, un(e) organisateur (trice)communautaire communiquera avec vous pour obtenir des détails supplémentaires, si nécessaire, afin de faciliter l'analyse et l'orientation de la demande.

À l’usage interne: demande orienter vers ­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pour évaluation.

Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom de l’assignateur :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

For internal use: Request is oriented to: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ for evaluation.

Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom of the assigner :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_