

Ce formulaire doit être retourné à l'équipe de renouvellement du MSSS, direction adjointe des services préhospitaliers d'urgence, ministère de la santé et des services sociaux au 1075, chemin Ste-Foy, 9<sup>e</sup> étage, Québec (Québec) G1S 2M1.

<b>1) RENSEIGNEMENTS SUR L'IDENTITÉ</b>			
Nom à la naissance	Nom de personne mariée	Prénom	Sexe H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
<b>Adresse</b>			
Numéro	Rue	App.	
Ville	Province	Code postal	
Téléphone principal	Poste	Type Professionnel <input type="checkbox"/> Personnel <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Téléavertisseur <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	
Téléphone secondaire	Poste	Type Professionnel <input type="checkbox"/> Personnel <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Téléavertisseur <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	
Adresse courriel		Date de naissance (J-M-A)	
<b>Adresse de correspondance (si différente)</b>			
Numéro	Rue	App.	
Ville	Province	Code postal	
<b>2) CARTE DE STATUT</b>			
Numéro de la carte (ou matricule) : _____ Date d'expiration : _____			
Nom du dernier CISSS/CIUSSS/US d'appartenance : _____			
<b>3) NIVEAU DE SOINS</b>			
<input type="checkbox"/> Soins primaires <input type="checkbox"/> Soins avancés			
<b>4) EMPLOYEURS AMBULANCIERS</b>			
<b>Inscrire tous les employeurs ambulanciers avec lesquels vous avez un lien d'emploi</b>			
Nom de l'employeur	Adresse	Secteur	
<b>5) APPARTENANCE À UN OU PLUSIEURS ORDRES PROFESSIONNELS (JOINDRE UNE PREUVE D'INSCRIPTION)</b>			
Êtes-vous membre d'un ou de plusieurs ordres professionnels?			
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, indiquer le nom du ou des ordres et votre ou vos numéros de membre : _____			

**6) DÉCISION JUDICIAIRE (JOINDRE – OU POSTER, UNE COPIE CERTIFIÉE D’ATTESTATION D’ABSENCE D’ANTÉCÉDENT JUDICIAIRE, DU JUGEMENT OU DU PLUMITIF)**

Avez-vous déjà été déclaré coupable d’un acte criminel au Québec, au Canada ou à l’étranger?  
(Répondez « Non » si vous n’avez pas été le sujet d’une condamnation ou si vous avez obtenu un pardon.)

- Non  
 Oui Indiquer la date du jugement : \_\_\_\_\_

Indiquer la nature et les motifs de la condamnation : \_\_\_\_\_

**7) DÉCLARATIONS**

**VÉRACITÉ**

**Je demande à récupérer mon statut actif au registre national de la main-d’œuvre des techniciens ambulanciers. J’ai dûment rempli ce formulaire et affirme que tous les renseignements sont vrais.**

**CODE DE CONDUITE**

**Je m’engage par la présente à respecter le code de conduite provincial des techniciens ambulanciers paramédics du Québec.**

**Signature :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_

**SECTIONS RÉSERVÉES AU TRAITEMENT DE LA DEMANDE**

Numéro de la carte (ou matricule) : \_\_\_\_\_ Date d’expiration : \_\_\_\_\_

Nom du CISSS/CIUSSS/US d’appartenance : \_\_\_\_\_

**FORMATION(S) OBLIGATOIRE(S) REQUISE(S)**

Formation(s) obligatoire(s) requise(s) :

Liste

**LISTE DES CISSS/CIUSSS/Corporation d’urgences-santé**

CISSS 01 – Bas-Saint-Laurent : ..... 418 724-5231 ..... poste 503	CRSSS 10 – Centre rég. de la Baie-James : 418 748-3575 ..... poste 5111
CIUSSS 02 – Saguenay-Lac-Saint-Jean : ..... 418 545-4980 ..... poste 353	CISSS 11 – Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine : 418 368-2349 ..... poste 5274
CIUSSS 03 – Capitale-Nationale (Québec) : . 418 663-5000 ..... poste 4594	CISSS 12 – Chaudière-Appalaches : ..... 418 386-3363 ..... poste 643538
CIUSSS 04 – Mauricie et Centre-du-Québec : 819 370-2200 ..... poste 3648	CISSS 14 – Lanaudière : ..... 450 759-8222 ..... poste 4350
CIUSSS 05 – Estrie : ..... 819 829-3400 ..... poste 42517	CISSS 15 – Laurentides : ..... 450 569-4858 ..... poste 74029
CISSS 07 – Outaouais : ..... 819 966-6200 ..... poste 7708	CISSS 16 – Montérégie : ..... 450 928-6777 ..... poste 14175
CISSS 08 – Abitibi-Témiscamingue : ..... 819 764-3264 ..... poste 49339	Urgences-santé (Montréal et Laval) : ..... 514 723-5600 ..... poste 5756
CISSS 09 – Côte-Nord : ..... 418 589-9845 ..... poste 9845	