|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | Association canadienne de santé publique  **Formulaire de mise en candidature 2017** | | | | | | |
| Le formulaire de mise en candidature doit être accompagné par :   * Une déclaration d’admissibilité rédigée par le candidat ou la candidate (en 500 mots ou moins, en format Word) précisant les liens entre son expérience et les compétences et domaines stratégiques recherchés par le Comité de mise en candidature; * Les coordonnées des deux (2) proposants.   En plus de ce qui précède, les candidats peuvent inclure, à leur discrétion :   * Une photo (tête et épaules) * Un lien vers un message vidéo * Un lien vers un profil en ligne (p. ex., LinkedIn)   Les candidats et les proposants doivent être membres en règle de l’ACSP. | | | | | | | | | |
| **Candidat ou candidate** | | | | | | | | | |
| Nom |  | | | | No de membre | | | |  |
| Adresse |  | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
| Ville |  | Province | | | |  | Code postal |  | |
| Téléphone (le jour) |  | Courriel | |  | | | | | |
|  | Par la présente, je reconnais et je consens à ma candidature aux élections de 2017 au conseil d’administration de l’ACSP. | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
| **Proposant ou proposante no 1** | | | | | | | | | |
| Nom |  | | | | No de membre | | | |  |
| Adresse |  | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
| Ville |  | Province | | | |  | Code postal |  | |
| Téléphone (le jour) |  | Courriel | |  | | | | | |
|  | L’ACSP contactera chaque proposant ou proposante pour confirmer son appui à votre candidature. | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
| **Proposant ou proposante no 2** | | | | | | | | | |
| Nom |  | | | | No de membre | | | |  |
| Adresse |  | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
| Ville |  | Province | | | |  | Code postal |  | |
| Téléphone (le jour) |  | Courriel | |  | | | | | |
|  | L’ACSP contactera chaque proposant ou proposante pour confirmer son appui à votre candidature. | | | | | | | | |
|  | | | Association canadienne de santé publique  **Déclaration de la candidate ou du candidat** | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Nom |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Veuillez fournir une brève déclaration (en 500 mots ou moins, en format Word).** | | | | | | | | | |
| Nous invitons les candidats à tenir compte des suggestions suivantes pour rédiger leur déclaration :   * Écrivez à la première personne (« j’ai fait ceci », « j’appuie cela »). * Songez à inclure de l’information dans les catégories suivantes :   + Vos antécédents, y compris vos études   + Votre expérience professionnelle pertinente   + Vos compétences et intérêts liés aux domaines stratégiques recherchés   + La raison pour laquelle vous vous présentez et ce que vous espérez accomplir en tant que membre du conseil d’administration * Cette déclaration est votre façon de vous présenter aux membres qui ne vous connaissent pas; essayez donc de donner un portrait fidèle de votre personnalité et de vos intérêts. | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Lien facultatif vers un message vidéo : | | |  | | | | | | |
| Lien facultatif vers un profil en ligne : | | |  | | | | | | |
| Si vous choisissez d’inclure votre photographie avec votre déclaration, veuillez l’inclure en pièce jointe quand vous soumettez votre formulaire de mise en candidature. | | | | | | | | | |

Les candidatures doivent parvenir au bureau du directeur général d’ici le 7 septembre 2017 à 17 h (H.E). Elles doivent être adressées comme suit :

Comité de mise en candidature

Association canadienne de santé publique

1525, avenue Carling, bureau 404, Ottawa (Ontario) K1Z 8R9

Courriel : [nominations@cpha.ca](mailto:nominations@cpha.ca) Téléc. : 613-725-9826

Vous recevrez un message par courriel confirmant que nous avons reçu votre mise en candidature.

**IL NE SERA PAS TENU COMPTE DES CANDIDATURES REÇUES APRÈS 17 h (H.E.) LE 7 SEPTEMBRE 2017.**