

Demande de statut d'observateur/ Observership request

Nom / Name.....

Département / Department

Service(s) / Division(s).....

Superviseur clinique / Clinical Supervisor

Dates

Observation / Observe Site / Department.....

Autre site / Other location

Autorisations requises / Approvals required

Chef du département / Department Chief

Superviseur Clinique / Clinical Supervisor

.....
Signature

.....
Date

.....
Signature

.....
Date

Directeur des Services professionnels / Director Professional Services

.....
Signature

.....
Date

Statut d'observateur seulement : acte médical NON autorisé Observe only : NO hands on clinical care

Documents requis \ Documents required :

- Curriculum Vitae.
- Carte d'identité temporaire de l'Hôpital général du Lakeshore obligatoire / Temporary Lakeshore General Hospital ID card mandatory.

Veillez consulter la politique interne au verso / Please see internal policy on the back

Je confirme avoir lu et m'engage à respecter les
Conditions qui s'appliquent aux observateurs/
I acknowledge that I have read and will abide by
the conditions for observerships

Signature du candidat/ Candidate's signature

Date: _____

