

**Formulaire de demande d’accès**

**Ce formulaire doit être complété par le supérieur ou la personne déléguée**

|  |  |
| --- | --- |
| **TOUS LES CHAMPS DE CETTE SECTION SONT OBLIGATOIRES** | |
| Nom, prénom : | |
| Matricule employé.e ou code permanent : | |
| Titre d’emploi ou niveau d’étude : | |
| Téléphone cellulaire / portable : | |
| Courriel de l’institution d’attache : | |
| Nom, prénom du supérieur immédiat : | |
| Courriel du supérieur immédiat : | |
| Date début : | Date fin (si inconnue : NA): |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DEMANDE D’ACCÈS** | | | |
| Création d’un courriel CIUSSS NIM :  oui  non | | | |
| Création d’un poste téléphonique :  oui  non | | | |
| Carte magnétique :  oui  non | Ailes : | | |
| Clé :  oui  non | Local ou numéro : | | |
| Ordinateur utilisé dans le cadre des tâches | CIUSSS NIM/Clinique :  CIUSSS NIM/recherche :  Personnel : | | |
| Accès répertoire sur serveur :  oui  non | | Répertoires souhaités  : | |
| Télé-accès :  oui  non | No de budget : | | |
| Dossiers patients :  oui  non | Logiciels utilisés : | | **Autorisation éthique nécessaire** |
| Autres besoins technologiques (logiciels, WIFI, imprimante, assignation, ordinateurs, etc.) : | | | |

Signature du supérieur ou Signature employé ou étudiant Autorisé par Équipe technique

personne déléguée

Autorisé par RH-DREI :