

**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 :