|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INFORMATION CONCERNANT LE DEMANDEUR** | | | |
| **No de demande** (section réservée à la DEAU) : | | | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| **Contribution spéciale** (section réservée à la DEAU)**:** | | | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| **Date de réception de la demande à la DEAU**  (section réservée à la DEAU)**:** | | | Cliquez ici pour entrer une date. |
| **Titre du projet :** | | | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| **Direction en leadership du projet :** | | | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| **Nom et prénom du demandeur :** | | | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| **Titre d’emploi demandeur :** | | | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| **Téléphone (bureau et cellulaire) :** | | | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| **Courriel :** | | | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| **Nom et prénom du responsable du projet :** | | | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| **Titre d’emploi du responsable :** | | | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| **Téléphone (bureau et cellulaire) :** | | | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| **Courriel :** | | | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| **Mon supérieur immédiat est informé et appui cette demande** :  Oui  Non | | | |
| **Nom du supérieur immédiat :** | | Cliquez ici pour entrer du texte. | |
| **Courriel :** | Cliquez ici pour entrer du texte. | | |

|  |
| --- |
| **DÉSIGNATION(S) UNIVERSITAIRE(S) CONCERNÉE(S)** |
| **Première ligne en santé et services sociaux** |
| **Jeunesse** |
| **Déficience physique** |
| **Santé mentale** |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICATION DU BESOIN DE SOUTIEN** |
| **Soutien dans la prise de décision concernant l’évaluation d’une technologie ou un mode d’intervention en santé et services sociaux (ETMISSS)** |
| **Développement d’une pratique innovante ou de pointe** |
| **Soutien à l’élaboration de la stratégie de transfert de connaissance et à la conception d’activités, d’outils ou de produits pour la réaliser** |
| **Soutien à la mise en place de stratégies de rayonnement d’expertises cliniques et scientifiques (ex. diffusion, événements, etc.)** |
| **Précision :** Cliquez ici pour entrer du texte. |

|  |  |
| --- | --- |
| **DESCRIPTION SOMMAIRE DU PROJET**  ***(Qui – Quand – Quoi – Comment – Pourquoi – Retombées anticipées)*** | |
| Cliquez ici pour entrer du texte. | |
| Date d’échéance du projet/livrable (date butoir) : | Cliquez ici pour entrer une date. |
| Est-ce que l’échéance est flexible ? Oui  Non | |

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM, TITRE DU COLLABORATEUR ET DIRECTION / INSTANCES DU CIUSSS** | **Confirmation de collaboration?** |
| Cliquez ici pour entrer du texte. | Oui  Non |
| Cliquez ici pour entrer du texte. | Oui  Non |
| Cliquez ici pour entrer du texte. | Oui  Non |
| Cliquez ici pour entrer du texte. | Oui  Non |

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM, TITRE DU PARTENAIRE EXTERNE ET ÉTABLISSEMENT** | **Confirmation du partenariat?** |
| Cliquez ici pour entrer du texte. | Oui  Non |
| Cliquez ici pour entrer du texte. | Oui  Non |
| Cliquez ici pour entrer du texte. | Oui  Non |

**\*Joindre à cette demande tous les documents pertinents**

Transmettre le formulaire rempli au Bureau d’innovation et de la gestion des connaissances à l’adresse  [affairesuniversitaires.ciussscn@ssss.gouv.qc.ca](mailto:affairesuniversitaires.ciussscn@ssss.gouv.qc.ca)