|  |
| --- |
| **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