

☞ A retourner au secrétariat de la direction des soins avant le 10 octobre 2025

NOM : .....  
PRENOM : .....  
DATE DE NAISSANCE : .....  
ADRESSE PERSONNELLE (N°, Rue, Code Postal, Ville) : .....  
.....  
.....  
TEL PERSONNEL : .....  
@MAIL PERSONNEL : .....  
GRADE : .....  
SERVICE D'AFFECTATION (la principale si vous êtes affecté(e) sur plusieurs unités) : .....  
.....

Madame la coordonnatrice générale des soins,

Par la présente, je vous fais part de ma candidature sur la liste électorale de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-techniques.

☞ Cochez la case qui correspond à votre situation

- Collège des cadres de santé
- Collège des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- Collège des aides-soignants

### Autorisation de prise de vue et exploitation

Dans le cadre des élections CSIRMT 2025 et du mandat qui pourra en découler,

- J'autorise le centre hospitalier de Roanne à me photographier et à utiliser les images réalisées dans le cadre des possibles diffusions suivantes que j'accepte par la signature du présent formulaire (journal interne, Site intranet, Site internet, Page Facebook / Instagram / LinkedIn). Cette autorisation est valable toute la durée du mandat.
- Je refuse toute utilisation de mon image.

Date : .....

Signature ou prénom et nom à saisir en guise de signature électronique :

.....