

Dossier de candidature

Personne ressource



Ce dossier est à retourner complété avec :

- Une autorisation de cumul d'activité à titre accessoire, complétée par l'employeur (cf annexe 1)
- Un curriculum vitae
- La copie de vos diplômes

INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse mail : _____

Tél fixe : _____ Tél portable : _____

Adresse : _____

Si différente, adresse où vous souhaitez recevoir vos indemnisations : _____

INFORMATIONS PROFESSIONNELLES

FONCTION

☐ Directeur

☐ Directeur de soins

☐ Médecin (précisez la spécialité) : _____

☐ Cadre de santé

☐ Infirmier coordinateur

☐ Qualiticien

☐ Gestionnaire de Risques

☐ Autre : _____

SECTEUR D'ACTIVITÉ (PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES)

MÉDICO-SOCIAL :

- ☐ EHPAD
- ☐ HANDICAP

SANITAIRE :

- ☐ MCO
- ☐ SANTÉ MENTALE
- ☐ HAD
- ☐ SSR
- ☐ SLD

☐ LIBÉRAL

CHAMPS D' ACTIONS

- Dans quel secteur d'activité, souhaitez-vous intervenir (plusieurs réponses possibles) ?

MÉDICO-SOCIAL :

- ☐ EHPAD
- ☐ HANDICAP

SANITAIRE :

- ☐ MCO
- ☐ SANTÉ MENTALE
- ☐ HAD
- ☐ SSR
- ☐ SLD

☐ LIBÉRAL

Précisez la spécialité (si nécessaire) : _____

- Quelles sont vos thématiques de prédilection ?

- ☐ Management
- ☐ Evaluation des Pratiques Professionnelles
- ☐ Qualité
- ☐ Gestion des risques
- ☐ Autre (précisez): _____

- Dans quel(s) type(s) d'actions souhaitez-vous vous impliquer ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Conseil, expertise, en cas d'EIGS (sans déplacement)

Si thème(s) spécifique(s), précisez : _____

- ☐ Accompagnement méthodologique en cas d'EIGS (sur site)

Si thème(s) spécifique(s), précisez : _____

- ☐ Animation groupe de travail

Si thème(s) spécifique(s), précisez : _____

- ☐ Animation de module de formation

Si thème(s) spécifique(s), précisez : _____

DISPONIBILITÉ

■ Dans quel(s) département(s), acceptez-vous d'intervenir ?

☐ Cher (18)

☐ Indre et Loire (37)

☐ Eure et Loir (28)

☐ Loir et Cher

☐ Indre (36)

☐ Loiret (45)

■ A quelle fréquence, souhaitez-vous intervenir pour Qualiris ?

☐ A la demande, disponibilité ouverte

☐ Une fois par mois maximum

☐ Une fois par trimestre maximum

☐ Une fois par semestre maximum

☐ Une fois par an maximum

VOTRE MOTIVATION

ENGAGEMENT

La personne ressource intervient au nom de Qualiris et s'engage à :

- N'intervenir au titre de personne ressource qu'après information/validation par la Directrice de Qualiris.
- S'appuyer sur un membre de l'équipe opérationnelle de Qualiris pour toute intervention.
- S'appuyer sur les outils et méthode de Qualiris.
- Respecter la charte de Qualiris.
- Ne pas se substituer à l'établissement.
- Faire preuve de diplomatie et d'ouverture d'esprit.
- Avoir une posture neutre et confidentielle vis-à-vis des informations échangées.

Fait le ____/____/____/, à _____

Signature