

La Société canadienne du sida / Canadian AIDS Society

3. Décrivez brièvement vos accomplissements et expériences.

(a) Décrivez votre expérience au sein d'un conseil d'administration, d'une équipe d'employés gérée par un conseil, et au sein de comités.

(b) De quelle expérience et quelles compétences pertinentes au sida feriez-vous bénéficier le conseil d'administration de la SCS (p. ex. défense des droits, communications, développement de politiques, etc.) ?

Signature du (de la) candidat(e) _____ Date: _____

À noter : Une réunion du conseil d'administration aura lieu immédiatement après l'a.a. La participation de tous les membres d'administration, y compris les membres nouvellement élus et les anciens, est requise. Restez en ligne du webinaire après la clôture de l'a.a. Dates des réunions de seulement le nouveau conseil d'administration seront confirmées.

Les candidats à des postes de Représentants régionaux ou de Membres du conseil d'administration à titre individuel sont priés de demander à un signataire autorisé de l'organisme membre de la SCS appuyant leur candidature, de remplir et de signer le SECTION A, à la page suivante.
Les candidats à des postes de Représentants régionaux des PVVIH ou de Représentant des jeunes PVVIH/sida sont priés de demander à deux personnes vivant avec le VIH de leur région et appuyant leur candidature, de remplir et de signer la SECTION B, à la page suivante.

SECTION B à remplir à la page suivante.

La Société canadienne du sida / Canadian AIDS Society

SECTION A

Postes de Représentants régionaux ou de Membres du conseil d'administration à titre individuel

Veillez demander à l'organisme membre de la SCS appuyant votre candidature de remplir la section A

"Je certifie que l'information sur le formulaire de candidature est exacte et que j'appuie l'individu nommé sur ce formulaire."

Organisme membre à l'appui
de votre candidature _____

Nom du président(e) du conseil /
ou de directeur(trice) exécutif(ve) _____

Signature du président(e) du conseil /
ou de directeur(trice) exécutif(ve) _____

SECTION B

Postes de Représentants régionaux des PVVIH ou de Représentant des jeunes PVVIH

Veillez demander à deux personnes vivant avec le PVVIH de votre région et appuyant votre candidature, de remplir la section B.

"Je certifie que l'information sur le formulaire de candidature est exacte et que j'appuie l'individu nommé sur ce formulaire."

1.

Nom d'une PVVIH _____

Courriel _____ Téléphone _____

Signature d'une PVVIH _____ Date _____

2.

Nom d'une PVVIH _____

Courriel _____ Téléphone _____

Signature d'une PVVIH _____ Date _____