|  |
| --- |
| **Autorisation de déplacement à titre de médecin**  En application des décrets et arrêtés ministériels  du gouvernement du Québec sur les services essentiels et ceux relatifs aux déplacements sur le territoire québécois |

À qui de droit,

Docteur  *(prénom et nom)*, membre du Collège des médecins du Québec, n° de permis       , est reconnu[e] comme étant une ressource essentielle et nécessaire afin de rendre des services médicaux à la population québécoise.

Par conséquent, ce document l’autorise à se déplacer d’un territoire à un autre pour se rendre       *(indiquer le lieu)*.

Nous vous remercions de votre collaboration.

Signature

Nom et coordonnées du niveau hiérarchique concerné

*(Établissement, DSP, chef de département, chef de service, responsable DRMG,*

*****MSSS, comité paritaire)*

2020-04-02