



FORMULAIRE DE NOMINATION POUR UN POSTE À LA CFMTA/FCAPM

Je, _____ de l' _____) désigne
(Votre nom et fonction) (Nom de votre association provinciale/territoriale)

(Nom de la personne nominée)

pour le poste de

Date _____ Signature _____
(Votre signature)

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Je, _____, accepte la nomination
pour la fonction de _____

Date _____ Signature _____
(Signature de la personne nominée)

** Note : Un CV et une lettre de recommandation de la part de la personne nominée doivent accompagner le présent formulaire.

LES NOMINATIONS ÉCRITES SERONT ACCEPTÉES JUSQU'AU 1er MAI 2024
VEUILLEZ IMPRIMER/NUMÉRISER CE FORMULAIRE ET LE FAIRE PARVENIR
AU SECRÉTARIAT DE LA CFMTA/FCAPM À L'ADRESSE SUIVANTE.

Heather Fyffe
Secrétaire de la CFMTA/FCAPM
Courriel : admin@cfmta.org