

Veuillez enregistrer ce formulaire sur votre poste de travail avant de le compléter.

Date de la demande :		Date de remise souhaitée* :	
IDENTIFICATION DU DEMANDEUR			
Prénom :		Nom :	
Direction/Centre de recherche (CIUSSS-CN) :			
Discipline :			
<input type="checkbox"/> Étudiant		Nom du superviseur/responsable :	
Établissement :			
Adresse (travail) :			
Courriel :		Téléphone :	
SUJET DE LA RECHERCHE			
Pourquoi cherchez-vous ces informations? (ex. : but thérapeutique, projet de recherche, activité d'enseignement, etc.)			
Description du sujet : (Que cherchez-vous?)			
Mots-clés pertinents : (français/anglais)			
LIMITES DE LA RECHERCHE			
Langue(s) des documents : <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Espagnol <input type="checkbox"/> Autres :			
Dates (ex.: 2007-2017) :		Groupe(s) d'âge visé(s) :	
Région(s) géographique(s) :			
Autre(s) limite(s) à appliquer :			
COMMENTAIRES			

Veuillez envoyer ce formulaire dûment rempli à biblio.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca.

*Délai de traitement d'une demande : en moyenne de 2 à 4 semaines, en fonction du volume et de la complexité des demandes reçues.

Zone réservée au personnel de la Bibliothèque

N° recherche :

Responsable :

Date d'envoi :