

**CERTIFICAT MÉDICAL**

Monsieur ou Madame le.la député.e,

Je certifie que Nom : Cliquez ici pour entrer du texte.

 Titre d’emploi : Cliquez ici pour entrer du texte.

**A un ou plus d’un des diagnostics suivants :** (veuillez cocher le ou les diagnostics appropriés)

[ ] **Épuisement professionnel** [ ] **Trouble d’anxiété** [ ] **Fatigue chronique** [ ] **Épuisement familial** [ ] **Trouble d’adaptation Autre :** Cliquez ici pour entrer du texte.

**Le ou les traitements prescrits sont :** (veuillez cocher le ou les traitements appropriés)

[ ] Que le CISSSMO cesse l’application unilatérale des arrêtés ministériels

[ ] Que le CISSSMO lui octroie ses vacances

[ ] Que le CISSSMO respecte sa disponibilité

[ ] Que le CISSSMO la traite avec respect et humanité

[ ] Que le CISSSMO lui accorde de la reconnaissance

[ ] Que le CISSSMO respecte les limites de sa compétence professionnelle

[ ] Que le CISSSMO reconnaisse et respecte ses responsabilités et obligations familiales

Autre :Cliquez ici pour entrer du texte.

Date : Cliquez ici pour entrer une date.

Avant que ce billet ne devienne réalité, **AGISSEZ!**

Un.e salarié.e du CISSSMO malmené.e à coup d’arrêtés!