

**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!