

DÉCLARATION D'ABSENCE D'EMPÊCHEMENTS CANDIDAT AU POSTE D'ADMINISTRATEUR DE L'ADMQ

SECTION 1 : RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Prénom	_____
Nom	_____
Adresse	_____
Ville	_____
Code postal	_____
Téléphone	_____
Courriel	_____

SECTION 2 : DÉCLARATION

Je déclare :

- Être âgé de 18 ans et plus;
- Ne pas être en tutelle ni en curatelle;
- Ne pas être un failli non libéré;
- Ne pas être une personne à qui le tribunal interdit l'exercice de la fonction d'administrateur;
- Ne pas avoir été reconnu coupable d'une infraction de nature économique, de toute infraction d'ordre sexuel, acte contre les bonnes mœurs et inconduite ou de toute infraction contre la personne et la réputation;
- Ne pas occuper une fonction qui pourrait être incompatible avec les fonctions d'administrateur de l'ADMQ;
- Adhérer à la mission, la vision et les valeurs de l'ADMQ.

Je reconnais que cette déclaration énumère des qualités et aptitudes requises pour être administrateur de l'ADMQ.

Sur demande du conseil d'administration, je m'engage à autoriser ce dernier à vérifier mes antécédents judiciaires auprès des autorités compétentes ou accréditées, à transmettre des références et je m'engage à signer tout formulaire en ce sens. S'il s'avérait que la présente déclaration soit fausse, je m'engage à remettre ma démission du conseil d'administration sans délai.

Je reconnais que le conseil d'administration peut également s'adonner à toute autre vérification sur les éléments à caractère public à mon égard, notamment par des recherches internet et dans les médias d'information.

Enfin, je reconnais que tout antécédent ou toute vérification de références jugé préjudiciable à l'ADMQ ou non conforme au comportement attendu par un administrateur de l'ADMQ, tel que prescrit par le Code d'éthique de l'ADMQ, entrainera automatiquement un rejet de ma candidature.

Je certifie que tous les renseignements fournis dans cette déclaration sont exacts et complets et je m'engage à déclarer tout changement relatif à la survenance d'un empêchement compromettant ma capacité d'exercer mes fonctions d'administrateur, et ce dans les dix (10) jours de son occurrence.

Signé à _____ Ce _____

Signature du déclarant _____