



Formulaire de demande

Soutien organisationnel à la gestion des terres

Coordonnées du demandeur

Prénom et nom	
Poste	
Département (si applicable)	
Communauté membre	
Courriel	
Téléphone	

Détails de la demande

Classez les éléments suivants par ordre d'importance ou d'urgence pour votre département de gestion des terres en utilisant une échelle de 1 à 7 :

Par exemple : Si le renforcement des capacités est le besoin le plus urgent de votre département, vous indiquerez « 1 ».

1 – Le plus important 7 – Le moins important N/A – Ne s'applique pas ou n'est pas nécessaire

	Amélioration des processus Procédures de demandes, création de modèles, flux de travail
	Renforcement des capacités Perfectionnement professionnel et plans de formation, planification de la relève
	Engagement communautaire Plans de communication, collecte de commentaires et rétroactions
	Suivi et rapports Plans de travail annuels, systèmes de suivi, indicateurs clés de performance
	Planification stratégique Identification des projets prioritaires, élaboration de plans stratégique pour le département des terres, développement de partenariats
	Opérations internes Clarification des rôles et responsabilités du personnel, amélioration de la gestion des documents
	Demandes de financement Élaboration de budgets, modèles de demandes

Parlez-nous des 1er et 2e besoins les plus importants que vous avez identifiés ci-dessus.

Pourquoi ces priorités ont-elles été retenues ? Avez-vous déjà essayé de mettre en place des systèmes ou des processus pour y répondre? Quelles ont été les difficultés rencontrées ? Fournissez autant d'informations que possible ; votre contribution nous aidera à mieux comprendre vos besoins.

Résultats attendus

Qu'espérez-vous obtenir en participant à ce programme ? Comment soutiendra-t-il l'administration et l'efficacité opérationnelle de votre département des terres ?

Informations supplémentaires, commentaires, questions

Veillez utiliser cet espace pour ajouter des détails sur vos besoins administratifs, opérationnels et organisationnels.

En participant au programme, je reconnais que ni l'administration ni l'AGTPNQL peuvent être tenues responsables d'une mauvaise utilisation, de dommages ou de tout préjudice ou perte, financier ou autre, liés aux services fournis dans le cadre de ce programme.

En participant au programme, j'accepte les conditions du programme ainsi que les responsabilités décrites à la section 6, *Responsabilités des membres*, des lignes directrices du programme.

Signature du demandeur _____

Prénom et nom _____

Date _____

Signature de la direction _____

Prénom et nom _____

Date _____