# DÉTERMINATION DU CONTINGENT D’APPARTENANCE

|  |
| --- |
| IDENTIFICATION |
| Nom de famille[[1]](#footnote-1) |       | Prénom1 |       |
| Adresse courriel (obligatoire) :       |
| Pour les diplômés hors du Canada et des États-Unis (sauf pour les candidats bénéficiant de l’Arrangement de reconnaissance mutuelle avec la France), inscrire la date d’obtention de la reconnaissance d’équivalence de votre diplôme de médecine (M.D.) par le Collège des médecins du Québec et joindre la lettre reçue à cet effet |       (JJ/MM/AAAA)  |
| **DÉCLARATION** |
| Études médicales de 1er cycle au QuébecÊtes-vous actuellement inscrit dans un programme de formation médicale de 1er cycle au Québec ? | [ ]  | OUI | [ ]  | NON |
| Études médicales postdoctorales au Canada ou aux États-UnisJ’ai déjà entrepris une formation médicale postdoctorale **ou** de fellowship au Canada ou aux États-Unis, à titre de résident ou résidente, **ou** de monitrice ou moniteur clinique | [ ]  | OUIIndiquez le nom de la formation / *fellowship*, la faculté et l’année :      * Ne pas cocher les autres cases et signer
 |
| [ ]  | NON |
| Statut légal au CanadaJe suis citoyen canadien / citoyenne canadienne, **ou** détenteur / détentrice d’un certificat de statut d’Indien, **ou** résidente permanente / résident permanent, **ou** personne protégée en vertu de la Loi sur l’immigration et la protection des réfugiés. | [ ]  | OUI* Joindre une copie d’UN des documents **\*** ci-dessous et signer
 |
| [ ]  | NON * Ne pas cocher les autres cases et signer
 |
| \* | [ ]  | Certificat / carte de citoyenneté canadienne (recto et verso) | [ ]  | Certificat / extrait d’acte de naissance canadien | [ ]  | Passeport canadien (valide / expiré) |
|  | [ ]  | Carte de résident permanent (recto et verso) | [ ]  | Certificat de statut d’Indien valide délivré par le gouvernement fédéral canadien | [ ]  | Avis de décision de la Commission de l’immigration et du statut de réfugié au Canada |
|  | [ ]  | Formulaire IMM-5292 / IMM-5688 (confirmation de résidence permanente ou formulaire IMM-100 (fiche relative au droit d’établissement) |
| **Je certifie que les renseignements fournis ici sont exacts. Je reconnais qu’une fausse déclaration constitue un acte grave passible de sanctions pouvant aller jusqu’à l’interdiction d’entreprendre ou de poursuivre des études médicales postdoctorales au Québec.** |
| Signature du candidat  |  | Date  |       (JJ/MM/AAAA)  |

|  |
| --- |
| **RÉSERVÉ AU BUREAU DES ÉTUDES MÉDICALES POSTDOCTORALES** |
| [ ]  CONTINGENT RÉGULIER | [ ]  CONTINGENT PARTICULIER | [ ]  DOSSIER NON-RECEVABLE |
| [ ]  | Candidat doit être dirigé vers la page d’inscription pour le jumelage R1 de CaRMS (https://www.carms.ca/fr/jumelage/le-jumelage-principal-r-1/candidats/inscription-r1/) | [ ]  | Citoyen des États-Unis, non détenteur d’un diplôme M.D. du Québec |
| [ ]  | Retour de pratique (en pratique depuis au moins 12 mois) |
| [ ]  | Ancien résident en médecine au Québec - interruption formation depuis 12 mois + |
| [ ]  | DHCEU ayant déjà poursuivi formation médicale postdoctorale CA ou USA |
|  | [ ]  | DHCEU n’étant pas citoyen canadien ou résident permanent du Canada |
|  | [ ]  | DHCEU – ARM avec diplôme d’État français |
| Commentaires       |
| Signature du représentant du bureau EMPD  |  | Date  |       (JJ/MM/AAAA)  |

FMED, VD-EMPD, 02 novembre 2022

1. Le nom de famille doit être identique à la pièce justificative qui sera transmise, s’il y a lieu, avec le formulaire (voir liste ci-dessous). [↑](#footnote-ref-1)