

FORMULAIRE DE DEMANDE DE FORMATION COMPLÉMENTAIRE

La faculté qui soumet votre demande est celle où vous allez suivre cette formation. Veuillez-donc acheminer ce formulaire dûment rempli avec les documents demandés au vice-doyen aux études médicales postdoctorales de la faculté de médecine concernée.

SECTION I – Identification

Nom de la personne postulante		Numéro CMQ (CMQr)	
Adresse (No civique, rue, ville)		Courriel	
Programme actuel	Niveau de résidence	Cohorte (année où le/la résident (e) a débuté sa formation en résidence en tant que R1)	
Université d'attache actuelle	Date prévue de fin de formation pour la spécialité en cours		

SECTION II – Nom, lieu et durée de la formation complémentaire

Nom de la formation : _____

Université : _____

Établissement : _____

Responsable du stage : _____

Durée prévue : _____ Date de début : _____ Date de fin : _____
(aaaa-mm-jj) (aaaa-mm-jj)

SECTION III – Recrutement

Nom de l'établissement recruteur : Choisissez un élément.

Installation (Hôpital) : _____

SECTION IV – Description et justification de la formation

Cette section doit être complétée pour décrire et justifier la formation complémentaire visée et le lieu de formation choisi (Sans dépasser l'espace prévu, mettre le plus de détails possibles pour permettre l'appréciation de la formation proposée. Utiliser une taille de police lisible, par exemple Arial 10 ou Times New Roman 11)

Dans l'éventualité où ma demande de formation complémentaire est refusée, je souhaite effectuer une formation complémentaire de six mois ou moins.

☐ **Oui**

☐ **Non**

SECTION V – Formation supplémentaire

Veuillez indiquer si, au terme de cette formation complémentaire, vous prévoyez suivre une formation supplémentaire à l'extérieur du Québec.

☐ **Oui** – Complétez

☐ **Non** – Allez à la section suivante

Établissement ou université :

Ville :

Pays :

Durée prévue :

Description et justification de cette formation supplémentaire (ne pas dépasser l'espace prévu) :

SECTION VI – Signature de la personne postulante

☐ J'atteste que les renseignements fournis sont exacts. Je comprends aussi que le MSSS finance cette formation complémentaire dans le but de répondre aux besoins de l'établissement recruteur et je m'engage à y exercer pendant une durée minimale de trois (3) ans suivant la fin de ma formation complémentaire.

☐ Je consens à ce que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) recueille, utilise et communique mes renseignements personnels à des fins de traitement de ma demande de formation complémentaire, conformément aux conditions suivantes :

- Il est obligatoire de fournir l'ensemble des renseignements personnels demandés, sans quoi la demande pourrait ne pas être analysée.
- Les renseignements fournis seront accessibles uniquement au personnel autorisé des facultés universitaires concernées, du Bureau de coopération interuniversitaire et du MSSS, dans la mesure nécessaire à l'exercice de leurs fonctions, et ils seront utilisés et conservés exclusivement aux fins de traitement de la présente demande.

Pour demander l'accès et la rectification de vos renseignements personnels, contactez Responsable.acces@msss.gouv.qc.ca.

Date (aaaa-mm-jj)

Signature de la personne postulante

SECTION VII – Approbation de l'établissement recruteur

Directeur des services professionnels (DSP) de l'établissement recruteur

J'atteste que la formation complémentaire répond aux besoins de l'établissement et qu'un poste au PEM a été réservé pour le candidat en vue de son recrutement. De plus, je confirme que ce recrutement est conforme aux activités cliniques autorisées dans l'établissement et que l'établissement possède les infrastructures et l'équipement nécessaires à la pratique du candidat.

Nom

Titre

Date (aaaa-mm-jj)

Signature

Doyen ou vice-doyen responsable des recrutements universitaires (recrutement un établissement avec désignation universitaire seulement)

J'appuie cette demande et atteste que le recrutement de ce candidat est approuvé par la faculté de médecine.

Nom

Titre

Date (aaaa-mm-jj)

Signature

SECTION VIII – Approbation de l'établissement de formation

Directeur du programme de résidence (*Directeur ou Directrice du programme de résidence dans lequel la formation aura lieu*)

J'atteste que les milieux de formation qui seront utilisés ont la capacité d'accueil pour recevoir le candidat et que les stages proposés permettront l'acquisition de la pointe d'expertise visée.

Nom

Titre

Date (aaaa-mm-jj)

Signature

SECTION IX – Conférence des vice-doyens aux études médicales postdoctorales (CVDFM)

Nom

Titre

Date (aaaa-mm-jj)

Signature

SECTION X – Ministère de la Santé et des Services sociaux

☐ Formation approuvée

☐ Formation refusée

Nom

Titre

Date (aaaa-mm-jj)

Signature

Commentaires du MSSS: