



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 (N° civique, rue, ville)

Courriel

Programme actuel

Niveau de résidence

Cohorte
(Année où le/la résident(e) a
commencé sa formation en tant
que R1)

Université d'attache actuel

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 remplie 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** – Remplissez les champs

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

Établissement ou université :

Ville :

Pays :

Durée prévue :

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

SECTION VI – Signature de la personne postulante

Il est obligatoire de fournir tous les renseignements personnels demandés, sans quoi la demande pourrait ne pas être analysée.

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

☐ Je consens à ce que le MSSS recueille, utilise et communique mes renseignements personnels à des fins de traitement de ma demande de formation complémentaire, conformément à la condition suivante:

- 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. 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 médical 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 Plan d'Effectif Médical a été réservé pour le candidat ou la candidate 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 de la personne postulante.

Nom

Titre

Date (aaaa-mm-jj)

Signature

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

J'appuie cette demande et atteste que le recrutement de cette personne 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 ou la candidate 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 :