



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	Téléphone	
Adresse (no civique, rue, ville)	Courriel	
Programme actuel	Niveau de résidence	Cohorte
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

Responsable du stage : _____

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

SECTION III – Recrutement

Cochez une seule case :

Universitaire (centre hospitalier universitaire, institut universitaire, centre affilié universitaire)

Non-universitaire

Nom de l'établissement qui vous recrute : _____

SECTION IV Description et justification de la formation

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

Date (aaaa-mm-jj)

Signature de la personne postulante

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

Nom

Titre

Date (aaaa-mm-jj)

Signature

SECTION X – Ministère de la Santé et des Services sociaux