Faculté de médecine

Études médicales postdoctorales

# Demande de poursuite de formation

|  |
| --- |
| FMED, VD-EMPD, 06 janvier 2016 |
| Informations sur le candidat |
| Nom |  | Prénom |  |
| Adresse courriel (obligatoire) :       |
| Programme de résidence actuel |       | Niveau (R)  |       |
| Lieu de résidence actuel | [ ]  Montréal | [ ]  McGill | [ ]  Laval | [ ]  Sherbrooke | [ ]  Autres:       |
| **INFORMATION SUR LA POURSUITE DE FORMATION** |
| Nom du programme :       |
| Pour l’année du programme | [ ]  An 1 | [ ]  An 2 |  [ ]  An 3 | À compter du  |       | au |       (JJ/MM/AAAA)  |
| Catégorie et sous-catégorie de la poursuite de formation souhaitée telles que définies dans le décret gouvernemental: |
| [ ]  | MÉDECINE DE FAMILLE – Indiquer la catégorie pertinente parmi les poursuites de formation possibles | [ ]  | Clinicien-érudit |
| [ ]  | Soins mère-enfant |
| [ ]  | Autres programmes |
| [ ]  | MÉDECINE SPÉCIALISÉE – Indiquer la catégorie pertinente parmi les poursuites de formation possibles | [ ]   | Spécialités de la pédiatrie |
| [ ]   | Spécialités de la psychiatrie |
| [ ]   | Soins intensifs adultes |
| [ ]   | Clinicien-chercheur |
| [ ]   | Autres programmes spécialisés |
| Type de poursuite de formation tel que défini dans le décret gouvernemental : |
| [ ]  Compétence avancée | [ ]  Prolongation de formation | [ ]  Formation complémentaire: remplir formulaire MSSS |
| [ ]  Formation spécialisée | [ ]  Seconde formation | [ ]  Autre formation |
| Description de la poursuite de formation  |       |
| Signature du résident  |  | Date  |       (JJ/MM/AAAA)  |
| RECOMMANDATION DU COMITÉ D’ADMISSION DU PROGRAMME de poursuite de formation |
| [ ]  CANDIDATURE ACCEPTÉE | [ ]  CANDIDATURE REFUSÉE |
| Signature du directeur du programme  |  | Date  |       (JJ/MM/AAAA)  |
| Nom complet en lettres moulées :       |
| Adresse courriel (pour recevoir les mises à jour sur l’état d’avancement du dossier d’admission) :       |

|  |
| --- |
| **RÉSERVÉ AU BUREAU DES ÉTUDES MÉDICALES POSTDOCTORALES** |
| [ ]  CANDIDATURE ACCEPTÉE | [ ]  CANDIDATURE REFUSÉE | [ ]  AUTORISATION REQUISE DU MSSS |
| Complément d’information requis | [ ]  | Demande et dossier d’admission à compléter |
|  | [ ]  | Copie directeur programme / responsable formation |
|  | [ ]  | Autres, préciser:       |
| Statut d’admission | [ ]  libre | [ ]  régulier | [ ]  autre:       |
| Commentaires       |
| Signature du représentant du bureau EMPD  |  | Date  |       (JJ/MM/AAAA)  |
| Nom complet en lettres moulées |       |