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 |  | | | | | | | | |