**DEMANDE D’ENGAGEMENT AU TITRE DE CHARGÉ D’ENSEIGNEMENT CLINIQUE**

**DÉPARTEMENT DE MÉDECINE DE FAMILLE ET DE MÉDECINE D’URGENCE**

**UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL**

**CURRICULUM VITAE ABRÉGÉ**

**IDENTIFICATION ET RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

*\** **Nom :**

*\** **Prénom :**      

*\** **Adresse personnelle :**

*\** **Téléphone** *où vous joindre***:**

*\** **Courriel :**

*\** **No d’assurance sociale :**

*\** **Date de naissance :**

*\** **Lieu de naissance :**

*\** **Citoyenneté :**

*\** **Langues** *(parlées, lues, écrites)*

*\** **No Permis CMQ :**

*\** **Spécialité :**

*\** **Lieu principal d’exercice** *(nom de l’UMF, Clinique, Hôpital, …)***:**

*\** **Date début d’exercice**  *(jj-mm-aaaa)***:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*\** Date *\** Signature

*(\*) Zones de saisie obligatoire. De plus, la signature doit être manuscrite ou version électronique, mais pas tapée au clavier.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Formation** | **Université** | **Diplôme/Cert.:** | **Date** *(aaaa-mm)* |
| *Vous devez joindre une preuve de votre inscription au Collège des médecins du Québec* | | | |
| Doctorat en médecine |  | MD  LMCC |  |
| Spécialisation Méd. Fam. (D.E.S.) |  | Permis CMQ |  |
| Spécialisation Méd. Urg. (D.E.S.) |  | Permis CMQ   FRCP(C) |  |
| **Compétence avancée** |  |  |  |
| Urgence |  | CCMF(U) |  |
| Gériatrie |  |  |  |
| Clin. Érudit |  |  |  |
| Obstétrique |  |  |  |
| Soins Palliatifs |  |  |  |
| **Infirmières**  *Vous devez joindre une preuve de votre inscription à l’Ordre des infirmières et infirmiers du Québec* | | | |
| Maîtrise en Sc. Inf. |  | M.Sc. |  |
| Baccalauréat en Sc.Inf. |  | B.Sc |  |
| D.E.C. en techniques Inf. |  | D.E.C |  |
| **Pharmaciens**  *Vous devez joindre une preuve de votre inscription à l’Ordre des pharmaciens du Québec* | | | |
| Doctorat de 1er cycle |  | Pharm.D. |  |
| Qualification en pharmacie |  | QeP |  |
| **Psychologues/Psychothérapeutes/Travailleurs sociaux**  *Vous devez joindre une preuve de votre inscription à votre Ordre professionnel* | | | |
| Doctorat |  | Ph.D. |  |
| Maîtriste |  | M.Sc. |  |
| Baccalauréat |  | B.Sc. |  |
| **Ambulanciers** | | | |
| Technique amb-paramedic |  | D.E.C. |  |
| Certificat Soins pré-hosp |  | Cert |  |
| **Autre (spécifiez)** | | | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**FORMATION ET DIPLÔMES**

**MAINTIEN DE LA COMPÉTENCE**

***1. ACTIVITÉS DE FORMATION MÉDICALE CONTINUE (accent sur les 5 dernières années)***

***(Assistance à des congrès, conférences, formation médicale continue, club de lecture, etc., en lien avec vos compétences cliniques)***

**Date (aaaa-mm) Activité**

     

***2. ACTIVITÉS DE DÉVELOPPEMENT PROFESSORAL***

***(Participation à des ateliers, club de lecture pédagogique, formation des tuteurs ou des moniteurs, etc.)***

**Date (aaaa-mm) Formation**

**EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Poste occupé** | **Endroit** | **Dates** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**ENSEIGNEMENT (ASPECTS QUALITATIFS ET QUANTITATIFS)**

***1. IMPLICATIONS ANTÉRIEURES***

***Avez-vous déjà obtenu une nomination professorale de l’Université de Montréal?***

***Si oui, cochez :***

**Titre obtenu Date (Années)**

Responsable de formation clinique De :       À :

Chargé d’enseignement clinique De :       À :

Professeur adjoint de clinique De :       À :

Professeur agrégé de clinique De :       À :

***2. IMPLICATION ANNUELLE DANS L’ENSEIGNEMENT POUR L’UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL***

***À quel(s) niveau(x) êtes-vous impliqué dans l’enseignement?***

***Élaborez… (titre de cours/stage, nombre d’étudiants par groupe, dates de sessions d’enseignement, tâches, etc.)***

|  |  |
| --- | --- |
| Tutorat (APP) : (Spécifiez système/année) | Monitorat (IMC/IDC) : (spécifiez lequel/année) |
|  |  |
| Supervision de résidents : | Supervision d’externes: |
|  |  |
| Responsable de stage: | Responsable de cours: |
|  |  |
| ARC : | Conférencier: |
|  |  |
| Autres : | |

***3. IMPLICATION ANNUELLE DANS L’ENSEIGNEMENT POUR D’AUTRES INSTITUTIONS***

***(UQTR, ULaval, USherbrooke, UMcGill, enseignement donné à des pairs, etc.)***

***À quel(s) niveau(x) êtes-vous impliqué dans l’enseignement?***

***Élaborez… (Nom de l’institution, titre de cours/stage, nombre d’étudiants par groupe, dates de sessions d’enseignement, tâches, etc.)***

***4. COMMENTAIRES ADDITIONNELS***

***AVANT D’ENVOYER VOTRE CURRICULUM VITAE, ASSUREZ-VOUS DE LE SIGNER EN PREMIÈRE PAGE***