**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 POUR LES PROFESSIONNELS**

**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)*

*\** **Profession :**

*\** **# de permis:**

*\** **Lieu principal d’exercice** *(nom de la CUMF, Clinique, Installation, …)***:**

*\** **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 ET DIPLÔMES**

**Formation Université/Collège Diplôme/Cert.: Année d’obtention**

**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*

**(Spécifiez le domaine)**

Doctorat :              Ph.D.

Maîtrise :              M.Sc.

Baccalauréat :              B.Sc.

**Ambulanciers**

*Vous devez joindre une preuve d’emploi*

Technique amb.-paramedic        D.E.C.

Certificat Soins pré-hosp        Cert.

Autre (spécifiez)



**MAINTIEN DE LA COMPÉTENCE**

***1. ACTIVITÉS DE FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE***

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

**Vous confirmez que vous respectez les normes de votre ordre professionnel concernant la formation continue**

(Cochez le programme approprié)

Ordre des pharmaciens (40h/2 ans)

Ordre des psychologues et psychothérapeutes (90h/5 ans)

Ordre des infirmières et infirmiers (20h/an)

Ordre des travailleurs sociaux (30h/2 ans)

Normes des techniciens-ambulanciers (32h/an)

***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 (emplois)**

**Poste occupé Endroit Dates**

           

**ENSEIGNEMENT**

***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 :

Autre (précisez) De :       À :

***2. IMPLICATION ANNUELLE DANS L’ENSEIGNEMENT AU SEIN DU DÉPARTEMENT DE MÉDECINE DE FAMILLE ET DE MÉDECINE D’URGENCE OU DANS VOTRE MILIEU CLINIQUE***

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

***Élaborez… (titre de cours/stage, nombre d’étudiants par groupe, dates/période)***

Supervision de stagiaires de votre profession

***Précisez***

Supervision de résidents :

Supervision d’externes:

Cours ou ateliers

***Précisez***

***Précisez***

Responsable de stage:

Responsable de cours:

***Précisez***

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***