**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***