

DEMANDE DE POURSUITE DE FORMATION - MÉDECINE DE FAMILLE

Date limite – dépôt des demandes

P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13
1 mars			1 ^e juin			1 ^{er} octobre			1 ^{er} décembre			

FMED, VD, 4 décembre 2023

INFORMATIONS SUR LE CANDIDAT

Nom	Prénom
Adresse courriel (obligatoire) :	
Programme de résidence actuel	Niveau (R)
Lieu de résidence actuel	

INFORMATIONS SUR LA PROLONGATION DE FORMATION

Année du programme :	
Nom du programme :	
Date de formation :	À compter du _____ au _____
But et objectifs de stages : <i>Indiquer les stages que vous aimeriez faire dans le cadre de votre prolongation.</i> <i>(Le programme conseille seulement 2 stages dans une spécialité (ex.: urgence) avec au moins un stage dans une autre spécialité (ex.: soins intensifs, anesthésie, etc.))</i>	
Raison de la prolongation de formation :	PREM obtenu Indiquer le milieu recruteur
	Parfaire vos connaissances en vue de votre pratique future Indiquer le lieu de pratique si connu

CATÉGORIE ET SOUS-CATÉGORIE DE LA POURSUITE DE FORMATION SOUHAITÉE TELLES QUE DÉFINIES DANS LE DÉCRET GOUVERNEMENTAL:

<input type="checkbox"/> Compétence additionnelle	<input type="checkbox"/> Prolongation de formation	<input type="checkbox"/> Formation complémentaire: remplir formulaire MSSS
Autre formation		
Signature du résident	Date	

RECOMMANDATION DU COMITÉ D'ADMISSION DU PROGRAMME DE POURSUITE DE FORMATION

<input type="checkbox"/> CANDIDATURE ACCEPTÉE	<input type="checkbox"/> CANDIDATURE REFUSÉE
Signature du directeur du programme	Date
Nom complet en lettres moulées :	
Adresse courriel (pour recevoir les mises à jour sur l'état d'avancement du dossier d'admission) : residence@medfam.umontreal.ca	

RÉSERVÉ AU BUREAU DES ÉTUDES MÉDICALES POSTDOCTORALES

<input type="checkbox"/> CANDIDATURE ACCEPTÉE	<input type="checkbox"/> CANDIDATURE REFUSÉE	<input type="checkbox"/> AUTORISATION REQUISE DU MSSS
Complément d'information requis	<input type="checkbox"/> Demande et dossier d'admission à compléter	
	<input type="checkbox"/> Copie directeur programme / responsable formation	
	<input type="checkbox"/> Autres, préciser:	
Statut d'admission	<input type="checkbox"/> libre	<input type="checkbox"/> régulier <input type="checkbox"/> autre:
Commentaires		
Signature du représentant du bureau EMPD	Date	(JJ/MM/AAAA)
Nom complet en lettres moulées		