

FORMULAIRE DE DEMANDE ET D'INSCRIPTION

STAGES MÉDICAUX

Année académique :

Enregistrer le formulaire avant de débiter la saisie

Aux utilisateurs d'ordinateurs Mac | Une incompatibilité entre l'environnement Windows et MAC pourrait corrompre le formulaire. Pour éviter cette situation, assurez-vous de : 1) Télécharger Acrobat Reader, 2) Télécharger à nouveau le formulaire, 3) Ouvrir le formulaire avec Acrobat Reader

Le CHUM applique un programme d'accès aux personnes handicapées. Des mesures d'adaptation pourront être offertes sur demande selon la situation.

SECTION 1 - IDENTIFICATION

À COMPLÉTER PAR LE STAGIAIRE

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : F | M
 Date de naissance : _____ Code permanent : _____ Courriel : _____
aaaa-mm-jj
 Cellulaire : _____ Adresse : _____
Numéro, rue ville province code postal
 Date de début : _____ Date de fin : _____ Nombre total de jours : _____
aaaa-mm-jj aaaa-mm-jj
 Besoin d'un casier : Oui | Non

SECTION 2 – ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT / LIEU DE TRAVAIL

À COMPLÉTER PAR LE STAGIAIRE

Établissement d'enseignement (si aux études) : _____
 Lieu de travail (si pas aux études) : _____
 Représentant : _____
 Titre : _____ Téléphone : _____ Poste téléphonique : _____
 Courriel : _____

SECTION 3 – MODALITÉS DE STAGE

À COMPLÉTER PAR LE STAGIAIRE

Provenance du stagiaire : Québec | Autre province du Canada | International
 Type de stage : Observation | Perfectionnement | Évaluation CMQ
 Stage (spécialité médicale) : _____ *Autre à préciser : _____
 Niveau scolaire : Secondaire | Bac | Maîtrise | DESS | Doctorat | Post-Doctorat | International
 Année : 1^{re} | 2^e | 3^e | 4^e | 5^e | 6^e

SECTION 4 – DOCUMENTS À JOINDRE À LA DEMANDE

À JOINDRE PAR LE STAGIAIRE

Stages d'observation*		Stages de perfectionnement	Stages d'évaluation CMQ
6 jours et plus : <ul style="list-style-type: none"> Curriculum vitae Objectifs poursuivis Activités de stage Copie des diplômes du médecin observateur Preuve d'assurance responsabilité civile 	5 jours et moins : Formulaires signés : <ul style="list-style-type: none"> Engagement à l'hygiène des mains Engagement à la confidentialité Déclaration des antécédents judiciaires 	<ul style="list-style-type: none"> Copie du permis de pratique du CMQ Copie des diplômes de formation médicale Preuve d'assurance responsabilité civile Preuve d'assurance responsabilité professionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> Copie du permis de pratique du CMQ Preuve d'assurance responsabilité professionnelle

SECTION 5 – COMMENTAIRES

À COMPLÉTER PAR LE STAGIAIRE

*Pour un stage d'observation, faire parvenir le formulaire rempli au MD Superviseur et à l'adresse suivante: enseigmedical.chum@ssss.gouv.qc.ca

SECTION 6 – ACCEPTATION DU STAGE (Réservée au CHUM)

À COMPLÉTER PAR LE SUPERVISEUR / CHEF DU SERVICE / CHEF DE DÉPARTEMENT

6a. SUPERVISEUR DE STAGE

Nom du MD superviseur de stage : _____

Service : _____

Poste téléphonique : _____

Courriel : _____@ssss.gouv.qc.ca

Date : _____ Autorisation : _____ Initiales : _____

6b. CHEF DE SERVICE

Nom du MD chef de service : _____

Service : _____

Poste téléphonique : _____

Courriel : _____@ssss.gouv.qc.ca

Date : _____ Autorisation : _____ Initiales : _____

6c. CHEF DE DÉPARTEMENT

Nom du MD chef de département : _____

Département : _____

Poste téléphonique : _____

Courriel : _____@ssss.gouv.qc.ca

Date : _____ Autorisation : _____ Initiales : _____

TRANSMISSION DU FORMULAIRE

enseigmedical.chum@ssss.gouv.qc.ca

poste : 31659

N° de groupe
(usage SAAE)