



## FORMULAIRE DE DEMANDE DE FORMATION COMPLÉMENTAIRE

*La faculté qui soumet votre demande est celle où vous allez suivre cette formation. Veuillez-donc acheminer ce formulaire dûment rempli avec les documents demandés au vice-doyen aux études médicales postdoctorales de la faculté de médecine concernée.*

### SECTION I – Identification

Nom de la personne postulante	Téléphone	
Adresse (no civique, rue, ville)	Courriel	
Programme actuel	Niveau de résidence	Cohorte
Université d'attache actuelle	Date prévue de fin de formation pour la spécialité en cours	

### SECTION II – Nom, lieu et durée de la formation complémentaire

Responsable du stage : \_\_\_\_\_

Durée prévue : \_\_\_\_\_ Date de début : \_\_ (aaaa-mm-jj) Date de fin : \_\_\_\_\_ (aaaa-mm-jj)

### SECTION III – Recrutement

Cochez une seule case :

Universitaire (centre hospitalier universitaire, institut universitaire, centre affilié universitaire)

Non-universitaire

Nom de l'établissement qui vous recrute : \_\_\_\_\_

SECTION IV Description et justification de la formation

J'atteste que les renseignements fournis sont exacts. Je comprends aussi que le MSSS finance cette formation complémentaire dans le but de répondre aux besoins de l'établissement recruteur et je m'engage à y exercer pendant une durée minimale de trois (3) ans suivant la fin de ma formation complémentaire

\_\_\_\_\_  
Date (aaaa-mm-jj)

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne postulante

Directeur des services professionnels (DSP) de l'établissement recruteur

J'atteste que la formation complémentaire répond aux besoins de l'établissement et qu'un poste au PEM a été

---

Nom

---

Titre

---

Date (aaaa-mm-jj)

---

Signature

**SECTION X – Ministère de la Santé et des Services sociaux**