

1- IDENTIFICATION DU CANDIDAT

Nom		Nom à la naissance (si différent du précédent)			Prénom		
Sexe	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	Citoyenneté		N° d'assurance sociale		
NAISSANCE	Lieu			Date	Année	Mois	Jour
DOMICILE	Adresse			Ind. rég.	Téléphone		
BUREAU	Adresse			Ind. rég.	Téléphone		

2- ÉTUDES (médecine, art dentaire, pharmacie)

Discipline	Université	Période	Année d'obtention du diplôme
Discipline	Université	Période	Année d'obtention du diplôme
Internat			
Période		Établissement	
Résidence			
Spécialité		Période	Établissement
Autres études			
Discipline		Période	Diplôme

3- PERMIS D'EXERCICE ET AUTRES RECONNAISSANCES

Québec	Année	N° permis	Autre Spécifier	Année	N°
Conseil médical du Canada	Année	N°	Autre Spécifier	Année	N°
			Autre Spécifier	Année	N°

4- CERTIFICAT DE SPÉCIALISATION

Corporation professionnelle des médecins du Québec	Discipline	Titre	Année
Ordre des dentistes du Québec			
Ordre des pharmaciens du Québec			
Collège royal du Canada			
Autres	Spécifier		

5- PUBLICATIONS

Annexer la liste

6- EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE

Période	Établissement	Statut	Privilèges
Autres expériences			

7- PERSONNES POUVANT FOURNIR DES RÉFÉRENCES

Nom et prénom	Adresse	Téléphone
		Ind. rég.
		Ind. rég.
		Ind. rég.

8- STATUT ET PRIVILÈGES DEMANDÉS**Statut demandé**Membre actif Membre associé Membre honoraire Membre conseil **Privilèges demandés**À titre de médecin À titre de dentiste

}

Je désire obtenir les privilèges énumérés dans la liste ci-jointe.

9- AUTORISATIONS

J'autorise les personnes responsables de l'étude de ma demande à obtenir les renseignements requis de tout établissement, médecin, dentiste ou pharmacien, sous réserve du respect de leur caractère confidentiel.

J'autorise en particulier le secrétaire de la Corporation professionnelle des médecins du Québec ou son adjoint, le secrétaire de l'Ordre des dentistes du Québec ou son adjoint et le secrétaire de l'Ordre des pharmaciens du Québec ou son adjoint à communiquer les renseignements contenus dans mon dossier personnel et susceptibles d'être utiles à l'étude de ma demande.

Cette autorisation est valable pour la durée de l'étude de ma demande, selon les délais prévus à l'article 130 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

10- ASSURANCE-RESPONSABILITÉ

Je fournis, ci-joint, la preuve de la possession d'une police d'assurance-responsabilité civile professionnelle pour moi-même et ma succession.

11- DÉCLARATION

J'affirme avoir pris connaissance des règlements internes de l'établissement où je fais une demande de nomination. Je m'engage à les respecter ainsi qu'à exercer dans les limites des programmes de santé adoptés par l'établissement.

Année Mois Jour

--	--	--

Date

Signature

Témoïn

12- PIÈCES JOINTESListe des publications Preuve d'assurance-responsabilité Liste des privilèges demandés Autres documents