

## I – IDENTIFICATION ET RENSEIGNEMENTS PERSONNELS



**Nom :**

**Prénom :**

**Sexe :**

**Adresse :**

**Téléphone :**

**Courriel :**

**No d'assurance sociale :**

(obligatoire pour la première nomination)

**Date de naissance :**

**Lieu de naissance :**

**Citoyenneté :**

**Si non citoyen, statut :**

**Langues** (parlées, lues, écrites):

**No Permis Collège des médecins du Québec :**

**Date début d'exercice :**

**Spécialité :**

**Lieu principal d'exercice** (préciser le nom de l'établissement et du CISSS ou CIUSSS) :

---

Date

## II – FORMATION ET DIPLÔMES

<u>Formation</u>	<u>Année</u>	<u>Université</u>
------------------	--------------	-------------------

Doctorat en médecine (M.D.)

<u>Spécialisation</u>	<u>Année</u>	<u>Université</u>
-----------------------	--------------	-------------------

Spécialisation

<u>Permis d'exercer la médecine</u> 	<u>Année</u>	<u>Numéro</u>
---	--------------	---------------

Oui

Non

<u>Autre diplôme</u> (spécifiez)	<u>Année</u>	<u>Université</u>
----------------------------------	--------------	-------------------

- Baccalauréat en :
- Maîtrise en :
- Doctorat en :
- Autres :

### III – MAINTIEN DE LA COMPÉTENCE

#### ACTIVITÉ DE FORMATION MÉDICALE CONTINUE

Date (aaaa-mm-jj)	Activité	Nombre d'heures
-------------------	----------	-----------------

**ACTIVITÉS DE DÉVELOPPEMENT PROFESSORAL** 

**Date (aaaa-mm)**

**Formations**

**Nombre d'heures**

## IV – EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE (emplois)

Poste occupé	Endroit	Dates
--------------	---------	-------

## V – ENSEIGNEMENT (ASPECTS QUALITATIFS ET QUANTITATIFS)

### 1. IMPLICATIONS ANTÉRIEURES

*Avez-vous déjà obtenu une nomination professorale de l'Université de Montréal?*

*Oui*

*Non*

#### 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 :

### 2. IMPLICATION ANNUELLE DANS L'ENSEIGNEMENT POUR L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

*Prégradué (études médicales de premier cycle) *

Tutorat (APP) :

Titre du cours ou sigle, année de participation, nombre approximatif d'étudiants.

Monitorat (IMC/IDC) :

Séances d'apprentissage au raisonnement clinique- ARC (précisez lequel) :

Supervision d'externes :

### ***Résidence***

Cours siglés et non siglés (obligatoires du core- curriculum et exigés par le Collège Royal) :

Supervision de résidents :

Autres :

*Responsabilités (contribution) pédagogiques/gestion* 

### **3. IMPLICATION ANNUELLE DANS L'ENSEIGNEMENT POUR D'AUTRES INSTITUTIONS**