

FORMULAIRE D'APPUI À UNE CANDIDATURE

A – À REMPLIR PAR LA CANDIDATE OU LE CANDIDAT	
Nom – prénom	N° dossier CaRMS
Date	Signature

B – À REMPLIR PAR LA RÉPONDANTE OU LE RÉPONDANT

Décrivez brièvement dans quel contexte vous avez connu le candidat :

Dates approximatives où vous l'avez côtoyé :

Veillez donner votre appréciation de cette personne en cochant les cases correspondantes, par comparaison avec les étudiants de même niveau, de même expérience et de même préparation que vous avez connus au cours de votre carrière.

	Insuffisant	En-dessous de la moyenne	Dans la moyenne	Au-dessus de la moyenne
1. Capacité à communiquer : exprime clairement sa pensée de façon concise; tient un discours logique.				
2. Relations interpersonnelles : respecte les autres; est capable de travailler en équipe; fait preuve de patience et d'ouverture d'esprit.				
3. Maturité : possède un bon jugement; est logique dans ses raisonnements; est intègre, responsable, discipliné; s'implique auprès de la collectivité; est autonome; fait preuve d'autocritique; est capable de prendre des décisions difficiles.				
4. Motivation : est persévérant, déterminé; fait plus que le minimum requis; est capable d'imposer ses idées tout en respectant celles des autres.				
5. Curiosité : vérifie les connaissances aux sources; améliore continuellement ses connaissances; s'intéresse à la recherche; possède un bon sens d'observation.				
6. Compétence clinique : se fait facilement accepter des malades; est capable de définir clairement les problèmes; possède un bon jugement clinique; utilise de façon rationnelle les services diagnostiques; peut justifier ses interventions thérapeutiques.				

Commentaires supplémentaires si nécessaire :

RECOMMANDATIONS :

a) Je recommande ce candidat, cette candidate : sans réserve avec réserve je ne recommande pas ce candidat

b) Veuillez indiquer, en plaçant un X à l'endroit approprié, votre appréciation générale de ce candidat :

exceptionnellement faible | _____ | exceptionnellement fort

Nom : _____ Spécialité : _____ Date : _____

Signature : _____ Centre hospitalier : _____