

Médecine d'urgence à visée régionale
Formulaire d'application

Nom et prénom :	Date de naissance :
Adresse complète :	
Courriel :	Numéro R-XXXXX :
Numéro MELS :	Numéro de téléphone :

Durée souhaitée du programme	<input type="checkbox"/> 4 mois (sans stage à option)	<input type="checkbox"/> 6 mois (avec stages à option)
------------------------------	---	--

Bloc de périodes souhaitée : veuillez classer par ordre de préférence 1 à 3		
Juillet à décembre (P-1 à P-6) : _____	Septembre à mars (P-4 à P-9) : _____	Janvier à juin (P-8 à P-13) : _____

Site de jumelage souhaité et indiquer ci-bas vos autres choix : _____		
Sherbrooke : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Charles-Lemoyne : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Chicoutimi: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

<i>Si, en raison de la disponibilité, nous devions prioriser le site ou les périodes, indiquer votre priorité :</i>	
<input type="checkbox"/> Site	<input type="checkbox"/> Périodes

Indisponibilités prévues : avez-vous des mois d'indisponibilité prévue durant l'année 2026-2027 ?	
<input type="checkbox"/> Oui, veuillez spécifier les mois d'indisponibilité : _____	<input type="checkbox"/> Non

Informations professionnelles	
UMF actuelle (si applicable) :	Année de graduation prévue :
Autres expériences de travail pertinentes en lien avec la médecine d'urgence :	

Références (2) – nom et courriel :

Je soussigné.ee, _____ (prénom, nom), confirme que les informations fournies dans ce formulaire sont complètes et exactes. Je comprends que toute information incorrecte ou incomplète pourrait entraîner le rejet de ma demande.

Signature du candidat.e : _____ Date : _____