

Monsieur

Madame

Nom de famille : _____

Prénom : _____

Jour et mois de naissance : _____

(À des fins d'identification seulement)

Coordonnées :

Ville : _____

Province / état : _____

Pays : _____

Courriel : _____

Statut du Canada (immigration) :

Aucun

Résident permanent

Citoyen canadien

Examens réussis :

EECMC

EACMC1

USMLE step2CK

N/A (Arrangement de reconnaissance mutuelle, Entente France-Québec)

Veillez cocher votre spécialité de pratique actuelle parmi la liste suivante:

(Outre la médecine de famille, les spécialités énumérées correspondent aux spécialités existantes aux Plans d'effectifs médicaux du Québec.)

Anatomo-pathologie *

Anesthésiologie *

Biochimie médicale

Cardiologie *

Chirurgie cardiaque (CCVT) *

Chirurgie générale *

Chirurgie orthopédique

Chirurgie plastique

Chirurgie thoracique

Chirurgie vasculaire

Dermatologie *

Endocrinologie et métabolisme *

Gastroentérologie *

Génétique médicale *

Gériatrie *

Hématologie - oncologie *

Immunologie clinique et allergie

Médecine d'urgence

Médecine de famille *

Médecine interne *

Médecine nucléaire *

Médecine physique et réadaptation *

Microbiologie médicale et infectiologie

Néphrologie *

Neurochirurgie *

Neurologie

Obstétrique et gynécologie *

Oncologie médicale *

Ophthalmologie *

Oto-rhino-laryngologie et chirurgie

cervico-faciale *

Pédiatrie *

Pneumologie *

Psychiatrie *

Psychiatrie de l'enfant et de

l'adolescent

Radio-oncologie *

Radiologie diagnostique *

Rhumatologie *

Santé publique, médecine

préventive et médecine du travail*

Urologie *

Autre: _____

* : Spécialités médicales visées par l'Arrangement de reconnaissance mutuelle (ARM) des qualifications professionnelles des médecins France-Québec

Consentement à la communication de renseignements :

Je, soussigné, par la présente, autorise le ministère de la Santé et des Services sociaux, le ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration, le Collège des médecins du Québec, la Fédération des médecins résidents du Québec, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, la Fédération des médecins spécialistes du Québec et les établissements du réseau de la santé et des services sociaux à se communiquer mutuellement les renseignements qui me concernent pour toute fin pertinente au suivi de mon dossier à Recrutement Santé Québec. Je reconnais que ces échanges d'information débiteront à compter de la signature de la présente et, le cas échéant jusqu'à ce que je débute l'exercice de la médecine au Québec.

Signé à : _____ (ville, pays)

Le : _____ (jour, mois, année)

Signature : _____

Veillez retourner ce formulaire dûment rempli par courrier électronique à l'adresse rsq.md@msss.gouv.qc.ca et y joindre votre curriculum vitae.