

INFORMATIONS DU BOURSIER					
NOM :		PRÉNOM :		DATE DE NAISSANCE :	
SEXE : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F		LIEU DE NAISSANCE :		NO. TÉLÉPHONE :	
ADRESSE :					
NO.	RUE	APP.	CODE POSTAL	VILLE	PROVINCE
ADRESSE COURRIEL ACTUELLE :					
INFORMATIONS SUR LA DÉSIGNATION					
Région :					
Territoire de désignation :					
Date de départ du lieu de pratique de votre désignation :					
DÉCLARATION DU BOURSIER					
Je déclare avoir pris la décision de me désister de mon engagement boursier. Par conséquent et tel que le prévoit mon contrat d'engagement, « je m'engage à rembourser à la Régie de l'assurance maladie du Québec, dans les six mois suivant la date de l'abandon ou du manquement, les sommes que j'aurai reçues à titre de bourse, avec les intérêts calculés depuis la date où elles ont été versées, au prorata de l'engagement réalisé à la date de mon départ du poste boursier pour lequel je suis désigné. Le taux d'intérêt est égal au taux fixé en vertu de l'article 28 de la Loi sur le ministère du Revenu (L.R.Q.,c.M-31) ».					
RAISONS DU DÉSISTEMENT					
<input type="checkbox"/> Le lieu de désignation ne figurait pas à mon formulaire de choix. <input type="checkbox"/> La difficulté d'intégration dans mon milieu de travail. <input type="checkbox"/> La difficulté d'adaptation ou d'intégration dans la communauté. <input type="checkbox"/> Les besoins prioritaires disponibles dans ce milieu ne me conviennent pas. <input type="checkbox"/> Les conditions de pratique ne sont pas celles qu'on m'avait annoncées. <input type="checkbox"/> La pratique médicale ne répond pas à mes intérêts. <input type="checkbox"/> Cette région n'offre pas de possibilité de travail à mon conjoint ou ma conjointe. <input type="checkbox"/> J'ai obtenu un poste qui répond mieux à mes attentes dans une autre région. Précisez le sous-territoire : <input type="checkbox"/> Autre raison. Précisez :					
RAISON PRINCIPALE DE LA DEMANDE DE BOURSE					
<input type="checkbox"/> Je désirais un support financier pendant ma formation. <input type="checkbox"/> Je désirais m'installer en région pour ma pratique médicale. <input type="checkbox"/> J'ai saisi une opportunité financière sans trop connaître l'engagement qui s'y rattachait. <input type="checkbox"/> Autre raison. Précisez :					
Commentaires ou suggestions :					
Signé à :		Le :			
VILLE		DATE		SIGNATURE DU BOURSIER	

Merci de vos réponses. Vous contribuez à nous permettre d'améliorer le programme des bourses d'études et ainsi à en diminuer le taux de désistement. Veuillez faire parvenir votre formulaire à l'adresse suivante: bourse.msss@msss.gouv.qc.ca