

FORMULAIRE DE DÉSISTEMENT POUR LES BOURSIERS N'AYANT PAS ÉTÉ DÉSIGNÉS

INFORMATIONS DU BOURISER			
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 suivants 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 jusqu'à la date de signature du présent formulaire. 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			
Cette région n'offre pas de possibilité de travail à mon conjoint ou ma conjointe.			
J'ai obtenu un poste de résidence en spécialité. Précisez la spécialité :			
Autre raison. Précisez:			
RAISON PRINCIPALE DE LA DEMANDE DE BOURSE			
Je désirais un support financier pendant ma formation.			
Je désirais m'installer en région pour ma pratique médicale.			
J'ai saisi une opportunité financière sans trop connaître l'engagement qui s'y rattachait.			
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