

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'EXEMPTION DE L'EECMC

**Nota:**

La **SEULE** possibilité d'une exemption de l'examen d'évaluation du Conseil médical du Canada (EECMC) pour un diplômé international en médecine (DIM), ou un diplômé en médecine ostéopathe d'une faculté américaine agréée par l'AOA, est dans le cas d'un spécialiste accrédité par un conseil membre de l'American Board of Medical Specialties (ABMS) **ET/OU** par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) ou le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC).

<b>Matricule du CMC</b> (s'il y a lieu) :			
Nom de famille		Prénom(s)	
Date de naissance (aaaa/mm/jj)	Courriel		Téléphone
<b>Accréditation américaine ou canadienne</b> (selon la définition qui paraît ci-dessus et sur le site Web du CMC)			
<input type="checkbox"/> <b>Accréditation du American Board of Medical Specialties</b> Nom du conseil :		<b>OU</b>	<b>Accréditation canadienne</b> <input type="checkbox"/> CRMCC <input type="checkbox"/> CMFC
Période de validité de l'accréditation (dates de début et de fin, s'il y a lieu)			
<input type="checkbox"/> Je joins une copie de l'attestation du conseil américain ou canadien comme confirmation de mon accréditation.			
<b>Diplôme initial en médecine</b>			
Nom de l'université		Ville	
Nom du collège ou de la faculté de médecine (s'il y a lieu)		Pays	
Titre du diplôme	Date d'obtention du diplôme (aaaa/mm/jj)	Date de délivrance du diplôme (aaaa/mm/jj)	
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div style="width: 60%;"> <p><b>x</b></p> <p>_____</p> <p>* Signature du requérant</p> </div> <div style="width: 35%;"> <p>_____</p> <p>* Date (aaaa/mm/jj)</p> </div> </div>			

\* Champs obligatoires

<b>Paiement</b>
<input type="checkbox"/> J'inclus le paiement des frais d'administration au montant de 104 \$. <i>* Le paiement doit être effectué par carte de crédit (Visa ou MasterCard seulement) à l'aide du Formulaire d'autorisation de paiement par carte de crédit ci-inclus à la page 5.</i>

## DEMANDE D'EXEMPTION de l'EXAMEN D'ÉVALUATION du CONSEIL MÉDICAL DU CANADA – MODALITÉS ET CONDITIONS, et CONSENTEMENT À LA DIVULGATION D'INFORMATIONS

Tous ceux qui demandent une exemption de l'examen d'évaluation (« EE ») du Conseil médical du Canada (« CMC ») doivent accepter les présentes modalités et conditions et le consentement à la divulgation d'informations de la demande d'exemption de l'EE (« modalités et conditions de l'exemption de l'EE ») lorsqu'ils présentent leur demande d'exemption de l'EE.

**Consentement :** Je consens à ce que le CMC recueille, utilise et divulgue mes renseignements personnels au sens défini dans la Politique sur la protection des renseignements personnels du CMC (à [mcc.ca](http://mcc.ca)) (« renseignements personnels ») aux fins de la demande d'exemption de l'EE, décrites dans les présentes modalités et conditions de l'exemption de l'EE et conformément à la Politique sur la protection des renseignements personnels du CMC (à [mcc.ca](http://mcc.ca)). Je comprends que tous les membres du personnel du CMC peuvent avoir accès à mes renseignements personnels, y compris tous les titres de compétences en médecine et les documents, incluant mes renseignements personnels qui leur auront été soumis par moi-même ou qui me concernent, pour appuyer une demande d'inscription antérieure à un examen du CMC et/ou une demande de vérification à la source, s'ils ont un besoin légitime de les consulter pour procéder au traitement de ma demande d'exemption de l'EE.

**Cueillette de renseignements par le CMC :** Je comprends que le CMC pourrait devoir recueillir des renseignements me concernant afin de traiter ma demande d'exemption de l'EE, y compris la vérification de mes titres de compétences. Par conséquent, j'autorise toutes les personnes, institutions, autorités responsables de l'octroi du permis d'exercice de la médecine, tous les ordres des médecins, tous les établissements d'enseignement et de formation, tous les services de jumelage des résidents et toutes les autorités responsables de la vérification des titres de compétences de tout État, province ou pays où je possède ou pourrais avoir possédé un permis d'exercice de ma profession, toutes organisations gouvernementales (locales, provinciales, étatiques, fédérales ou étrangères), tout organisme d'application de la loi ou autres tierces parties et organisations et leurs représentants, qui gardent ou contrôlent tout renseignement me concernant à fournir ces renseignements au CMC ou à l'Educational Commission for Foreign Medical Graduates International Credentials Services (« ECFMG/EICS ») à titre de mandataire du CMC, s'il y a lieu.

**Communication de renseignements par le CMC :** J'autorise le CMC à communiquer tous renseignements contenus dans ou à l'appui de ma demande d'exemption de l'EE aux organisations suivantes :

- Les organismes de certification, y compris le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, le Collège des médecins de famille du Canada et le Collège des médecins du Québec;
- Le Service canadien de jumelage des résidents (CaRMS);
- Tous les ordres des médecins des provinces et des territoires du Canada; ou
- Toutes les autres autorités responsables de l'octroi du permis d'exercice de la médecine, les ordres des médecins, les établissements d'enseignement et de formation, les services de jumelage des résidents et les autorités responsables de la vérification des titres de compétences, les hôpitaux, les cliniques et les autres établissements médicaux ou organisations qui utilisent les services des médecins ou autres tierces parties et organisations et leurs représentants;

qui, de l'avis du CMC, ont un intérêt légitime à obtenir ces renseignements.


Au besoin, le CMC peut demander une autorisation spéciale pour divulguer mes renseignements personnels à des organisations qui ne sont pas mentionnées dans la liste ci-haut.

**Vérification des titres de compétences :** La vérification et l'approbation des titres de compétences par le CMC sont des critères d'admissibilité pour tous les candidats aux examens du CMC, y compris pour ceux qui demandent une exemption de l'EE. J'autorise par la présente le CMC à consulter toute autorité compétente et tout ordre de médecins pour vérifier mes compétences en médecine.

**Authenticité des renseignements personnels et/ou des documents concernant les études :** Je conviens que (i) si le CMC croit ou détermine que les renseignements que je lui ai fournis, notamment dans la demande d'exemption de l'EE et dans tous documents à l'appui y compris mes titres de compétences, ne sont pas authentiques ou sont faux, frauduleux ou autrement trompeurs ou (ii) si le CMC ou d'autres organismes croient ou déterminent que de tels renseignements qui sont liés au CMC et ont été soumis à ces autres organismes ne sont pas authentiques ou sont faux, frauduleux ou autrement trompeurs, le CMC aura un motif valable pour annuler l'exemption de l'EE.

Consentement page 1

(suite à la page suivante)

Nom du requérant (en caractères d'imprimerie)	
	
Signature	Date (aaaa/mm/jj)

## DEMANDE D'EXEMPTION de l'EXAMEN D'ÉVALUATION du CONSEIL MÉDICAL DU CANADA – MODALITÉS ET CONDITIONS, et CONSENTEMENT À LA DIVULGATION D'INFORMATIONS

**Conséquences liées à la présentation d'un document faux ou frauduleux et/ou à un comportement fautif :** Dans les cas où (i) le CMC croit ou détermine que les renseignements que je lui ai fournis, y compris des renseignements personnels et des renseignements contenus dans un ou plusieurs documents à l'appui de ma demande d'exemption de l'EE, y compris mes titres de compétences, ne sont pas authentiques ou sont faux, frauduleux ou autrement trompeurs ou (ii) le CMC ou d'autres organismes croient ou déterminent que de tels renseignements qui sont liés au CMC et ont été soumis à ces autres organismes ne sont pas authentiques ou sont faux, frauduleux ou autrement trompeurs ou (iii) il y a un comportement fautif, le CMC peut prendre les mesures qu'il juge appropriées, y compris, mais sans s'y limiter :

- annuler l'exemption de l'EE, s'il y a lieu;
- retirer les documents qui confirment mon exemption de l'EE du Répertoire de compétences des médecins du CMC (« **Répertoire** ») et en aviser les organisations auxquelles les renseignements et/ou les documents relatifs à l'exemption de l'EE peuvent avoir été divulgués;
- m'interdire, à l'avenir, de subir des examens du CMC et/ou de la CNE; et
- informer toutes les autorités compétentes responsables de l'octroi de permis d'exercice de la médecine, les ordres des médecins, les établissements d'enseignement et de formation, les services de jumelage des résidents, les autorités de vérification des titres de compétences, les hôpitaux, les cliniques et autres établissements médicaux et organisations qui utilisent les services de médecins, les organisations gouvernementales (locales, étatiques, provinciales, fédérales ou étrangères), les organismes d'application de la loi ou d'autres tierces parties et organisations, ainsi que leurs représentants qui, de l'avis du CMC, ont un intérêt légitime à obtenir ces renseignements. Je conviens que la transmission de cet avis ou cette divulgation de renseignements peut se produire même si j'ai retiré mon consentement à toute autre utilisation ou divulgation de mes renseignements par le CMC.

**Transmission erronée :** Je reconnais que si le CMC délivre par erreur un avis ou un document indiquant l'état de ma demande d'exemption de l'EE, l'avis ou le document est invalide. Je comprends que le CMC peut retirer du Répertoire tout avis ou document relatif à l'état de ma demande d'exemption de l'EE qui a été délivré par erreur et peut en aviser les organismes auxquels les documents sont ou ont été divulgués.

**Immunité et exonération :** Par la présente, j'accorde immunité absolue :

- (1) au CMC ainsi qu'à ses employés, mandataires, représentants, membres, directeurs et dirigeants respectifs;
- (2) à toutes personnes, autorités responsables de l'octroi du permis d'exercice de la médecine, tout ordre des médecins, tout établissement d'enseignement et de formation ou toutes autorités responsables de la vérification des titres de compétences ainsi qu'aux hôpitaux, cliniques et autres établissements médicaux, aux organisations gouvernementales (locales, étatiques, provinciales, fédérales et étrangères) et aux organismes d'application de la loi qui fournissent des renseignements en vertu des présentes modalités et conditions de l'exemption de l'EE, ainsi qu'à leurs employés, mandataires, représentants, membres, directeurs et dirigeants respectifs; et
- (3) à toutes tierces parties et organisations, ainsi qu'à leurs employés, mandataires, représentants, membres, directeurs et dirigeants respectifs; (collectivement le « **Groupe CMC** »), et je les exonère, les libère et les décharge de toute responsabilité en ce qui a trait aux actions, communications, rapports, dossiers, diplômes, relevés de notes, déclarations, documents, recommandations ou divulgations à mon sujet, faits de bonne foi et sans malveillance, demandés ou reçus par tout membre du Groupe CMC.

**Limitation de responsabilité :** La responsabilité en dommages-intérêts du CMC aux termes des présentes modalités et conditions de l'exemption de l'EE ou liée au processus d'exemption de l'EE, que cette responsabilité soit de nature contractuelle (y compris toute contravention essentielle au contrat), délictuelle (y compris toute négligence) ou autre, même si le CMC a été prévenu de la possibilité de ces dommages-intérêts, ne peut dépasser le montant des frais de la demande d'exemption l'EE payé par le candidat. En aucun cas, le CMC ne peut être tenu responsable de dommages-intérêts indirects ou accessoires quelle qu'en soit la cause et peu importe que cette responsabilité soit de nature contractuelle (y compris toute contravention essentielle au contrat), délictuelle (y compris la négligence) ou autre, même si le CMC a été prévenu de la possibilité de ces dommages-intérêts.

**Services en ligne :** En tant qu'utilisateur inscrit des services en ligne inscriptionmed.ca (« **services en ligne** »), j'accepte que les modalités d'utilisation du CMC, affichées sur le site Web du CMC (www.mcc.ca), s'appliquent aux services en ligne.

Consentement page 2

(suite à la page suivante)

Nom du requérant (en caractères d'imprimerie)	
<b>X</b>	
Signature	Date (aaaa/mm/jj)

## FORMULAIRE D'AUTORISATION DE PAIEMENT PAR CARTE DE CRÉDIT

**Doit être rempli EN ENCRE NOIRE et soumis pour tout paiement par carte de crédit qui ne peut pas être soumis en ligne.**

**Nota : Les paiements par carte de crédit seront traités en devises canadiennes seulement.**

Nom de famille	Prénom(s)
Matricule du CMC (si vous le connaissez)	

### Raison pour le paiement – Frais associés à :

- l'examen d'évaluation (EECMC)
- l'examen d'aptitude, partie I (EACMC, partie I)
- l'examen d'aptitude, partie II (EACMC, partie II)
- examen de la Collaboration nationale en matière d'évaluation (CNE)
- volet sur les compétences cliniques en médecine familiale
- autres frais (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

### \* En tant que titulaire, j'autorise le Conseil médical du Canada

à porter à ma carte le montant de  \$

**Mode :** Nous acceptons *UNIQUEMENT* les paiements par VISA ou MasterCard  VISA  MasterCard

**Numéro de la carte de crédit:**

**Date d'expiration :**

**Le numéro de CVV : \***

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
mois / année

\_\_\_\_\_

\* Le numéro de CVV comprend trois chiffres. Ce dernier est situé au verso de votre carte de crédit à la suite du numéro de compte dans la bande de signature

**Le titulaire de la carte de crédit doit inscrire son nom en caractères d'imprimerie et apposer sa signature :**

**\*Nom du titulaire de la carte :**  
(en caractères d'imprimerie)

**\*Signature du titulaire de la carte :**

**\*Adresse du titulaire de la carte :**  
(si elle diffère de l'adresse du candidat)

\* Champs obligatoires