MEDICAL COUNCIL OF CANADA | LE CONSEIL MÉDICAL DU CANADA

ADRESSE 1021 PLACE THOMAS SPRATT
OTTAWA ON K1G 5L5
CANADA

POUR NOUS JOINDRE MCC.CA

Attestation de formation préalable à l'obtention du diplôme

Le présent formulaire vise à permettre au Conseil médical du Canada (CMC) de faire la distinction entre l'externat et l'internat ou la résidence qui a lieu après que le candidat a satisfait aux exigences universitaires, mais avant l'obtention du diplôme de médecine. Ce formulaire peut être utilisé pour déterminer l'admissibilité à l'octroi du titre de Licencié du Conseil médical du Canada des diplômés internationaux en médecine ayant effectué un an ou plus d'un internat ou d'une résidence préalable à l'obtention du diplôme.

Définitions:

Externat : Stages cliniques supervisés assurés par la faculté de médecine dans le cadre du programme d'études requis aux fins de l'obtention du diplôme en médecine. Le superviseur a la responsabilité du diagnostic, ainsi que des soins et traitements aux patients.

Internat ou résidence préalable à l'obtention du diplôme : Formation clinique durant laquelle le stagiaire a la responsabilité directe du diagnostic, ainsi que des soins et traitements aux patients. Cette formation est comparable à une première année de résidence postdoctorale au Canada.

Action requise :

1. Veuillez indiquer dans les sections ci-dessous les stages effectués dans le cadre de l'externat ET de l'internat ou de la résidence préalable à l'obtention du diplôme.
2. Faites parvenir au CMC le formulaire rempli ainsi qu'une copie de votre relevé de notes en médecine complet, accompagnée d'une traduction si le relevé de notes est rédigé dans une langue autre que le français ou l'anglais.

REMARQUE : Dans les cas où l'internat ou la résidence n'est pas clairement indiqué/e sur le relevé de notes, des documents supplémentaires pourraient être exigés.

Le présent formulaire atteste que :

REMPLIR EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE OU TAPER

_____ _____
PRÉNOM(S) NOM DE FAMILLE

a satisfait à toutes les exigences pour l'obtention du diplôme de médecine le __ __ __ __ __ __ __ __ (AAAA / MM / JJ). Le diplôme définitif de médecine lui a été décerné le __ __ __ __ __ __ __ __ (AAAA / MM / JJ), à la suite d'une période obligatoire d'internat ou de résidence préalable à l'obtention du diplôme. Cet internat ou cette résidence préalable à l'obtention du diplôme a été suivi/e du __ __ __ __ __ __ __ __ (AAAA / MM / JJ) au __ __ __ __ __ __ __ __ (AAAA / MM / JJ).

LE DOYEN OU LA PERSONNE RESPONSABLE DU PROGRAMME DOIT SIGNER TOUTES LES PAGES DE CE FORMULAIRE ET Y APPOSER UN SCEAU.

Attesté par : _____
SIGNATURE

_____
PRÉNOM(S) / NOM DE FAMILLE (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

_____
NOM DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE OU DE L'ÉTABLISSEMENT

_____
TITRE

_____
VILLE / PAYS

Date: __ __ __ __ / __ __ / __ __
AAAA / MM / JJ

SCEAU OU ÉTAMPE DE L'UNIVERSITÉ

Renseignements détaillés sur l'EXTERNAT préalable à l'obtention du diplôme :

REMPLIR EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE OU TAPER

PRÉNOM(S) DU/DE LA DIPLÔMÉ/E _____ NOM DE FAMILLE _____

HÔPITAL / ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT	VILLE / PAYS	AAAA / MM / JJ	AAAA / MM / JJ	PROGRAMME / DISCIPLINE
	/	du	au	/
	/	du	au	/
	/	du	au	/
	/	du	au	/
	/	du	au	/
	/	du	au	/
	/	du	au	/
	/	du	au	/
	/	du	au	/
	/	du	au	/
	/	du	au	/
	/	du	au	/
	/	du	au	/
	/	du	au	/
	/	du	au	/
	/	du	au	/
	/	du	au	/
	/	du	au	/
	/	du	au	/

LE DOYEN OU LA PERSONNE RESPONSABLE DU PROGRAMME DOIT SIGNER TOUTES LES PAGES DE CE FORMULAIRE ET Y APPOSER UN SCEAU.

Attesté par : _____
SIGNATURE

_____
PRÉNOM(S) / NOM DE FAMILLE (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

_____
NOM DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE OU DE L'ÉTABLISSEMENT

_____
TITRE

_____
VILLE / PAYS

Date: ___ ___ ___ ___/___ ___/___ ___
AAAA / MM / JJ

SCEAU OU ÉTAMPE DE L'UNIVERSITÉ

Renseignements détaillés sur l'INTERNAT ou la RÉSIDENCE préalable à l'obtention du diplôme :

REMPLIR EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE OU TAPER

PRÉNOM(S) DU/DE LA DIPLÔMÉ/E _____ NOM DE FAMILLE _____

HÔPITAL / ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT	VILLE / PAYS	AAAA / MM / JJ	AAAA / MM / JJ	PROGRAMME / DISCIPLINE
	/	du	au	/
	/	du	au	/
	/	du	au	/
	/	du	au	/
	/	du	au	/
	/	du	au	/
	/	du	au	/
	/	du	au	/
	/	du	au	/
	/	du	au	/
	/	du	au	/
	/	du	au	/
	/	du	au	/
	/	du	au	/
	/	du	au	/
	/	du	au	/
	/	du	au	/
	/	du	au	/

LE DOYEN OU LA PERSONNE RESPONSABLE DU PROGRAMME DOIT SIGNER TOUTES LES PAGES DE CE FORMULAIRE ET Y APPOSER UN SCEAU. DE PLUS, TOUTE DOCUMENTATION À L'APPUI QUI FOURNIT UNE DESCRIPTION PLUS APPROFONDIE DU PROGRAMME DE FORMATION ET/OU UN APERÇU DU PROGRAMME D'ÉTUDES POUR LE DIPLÔME PEUT S'AVÉRER UTILE.

Attesté par : _____
SIGNATURE

_____
PRÉNOM(S) / NOM DE FAMILLE (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

_____
NOM DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE OU DE L'ÉTABLISSEMENT

_____
TITRE

_____
VILLE / PAYS

Date: ___ ___ ___ ___/___ ___/___ ___
AAAA / MM / JJ

SCEAU OU ÉTAMPE DE L'UNIVERSITÉ