**DEMANDE D’ENGAGEMENT AU TITRE DE CHARGÉ D’ENSEIGNEMENT CLINIQUE**

**DÉPARTEMENT DE XXX**

**UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL**

**CURRICULUM VITAE ABRÉGÉ**

|  |
| --- |
| **Conditions à l’obtention d’un titre de chargé d’enseignement clinique** **au département de XXX*****Selon les normes d’agrément, une faculté́ de médecine veille à ce que la supervision des étudiants en médecine soit assurée tout au long des activités d’apprentissage clinique requises par des membres du corps professoral de la faculté́ de médecine.***Tout médecin ou professionnel de la santé qui participe à des activités d’enseignement clinique auprès d’étudiants inscrits dans le programme d’études médicales du 1 cycle, doit détenir un titre universitaire. Les personnes qui supervisent des apprenants de façon exceptionnelle n’ont pas à demander un titre. Nous demandons aussi que toute personne qui participe à des activités d’enseignement clinique auprès de résidents inscrits dans un programme de la Faculté de médecine de l’Université de Montréal détient un titre universitaire.Si l’une des situations énumérées ci-dessous s’appliquent à vous, vous devez faire une demande de titre comme chargé d’enseignement clinique (CEC) : * Vous supervisez des externes ou des résidents et vous avez l’intention de continuer ces tâches dans les années à venir**.**
* Vous participez aux cours siglés.
 |

|  |
| --- |
| ***Notez que les médecins qui n’enseignent pas et qui ne prévoient pas le faire dans l’année, ne peuvent pas obtenir de titres universitaires. Vous n’avez donc pas à soumettre de CV.*** |

**IDENTIFICATION ET RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

**Nom :**

**Prénom :**

**Adresse :**

**Téléphone :**

**Courriel :**

|  |
| --- |
| Le numéro d’assurance sociale est obligatoire pour l’ouverture de votre dossier aux ressources humaines de l’Université de Montréal. |

**No d’assurance sociale :**

**Ancien étudiant de l’UdeM :**

**Si oui, matricule d’étudiant de l’UdeM :**

**Date de naissance :**

**Lieu de naissance :**

**Citoyenneté :**

**Langues** (parlées, lues, écrites)

**No Permis Collège des médecins du Québec :**

**Date début d’exercice :**

**Spécialité** :

**Lieu principal d’exercice**(préciser le nom de l’établissement et du CISSS ou CIUSSS) **:**

\* **N’oubliez pas de signer, votre dossier ne pourra pas être traité sans votre signature.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Date Signature

**FORMATION ET DIPLÔMES**

|  |
| --- |
| **Il est fortement conseillé d’éviter les acronymes obscurs;****Ne pas hésiter à utiliser du texte libre pour faciliter la compréhension du lecteur.****Dans chacune des sections, les activités devraient être indiquées par ordre chronologique descendant, des plus récentes aux plus anciennes.** |

**Formation Année Université**

Doctorat en médecine (M.D.)

 **Spécialisation Année Université**

Spécialisation

 **Année Numéro**

Permis d’exercer la médecine

 **Spécialisation**  **Année Université**

Autre diplôme (spécifiez)

* Baccalauréat en :
* Maîtrise en :
* Doctorat en :

**\* Vous devez nous faire parvenir la preuve de votre inscription au Collège des médecins du Québec \***

**MAINTIEN DE LA COMPÉTENCE**

***1. ACTIVITÉS DE FORMATION MÉDICALE CONTINUE (accent sur les 5 dernières années, des plus récentes aux plus anciennes) - assistance à des congrès, conférences, formation médicale continue, club de lecture, etc., en lien avec vos compétences cliniques***

**Date (aaaa-mm-jj) Activité Nombre d’heures**

 ***ACTIVITÉS DE DÉVELOPPEMENT PROFESSORAL***

***(participation à des ateliers, club de lecture pédagogique, toute autre activité)***

**Date (aaaa-mm) Formations Nombre d’heures**

**EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE (emplois)**

|  |
| --- |
| **Veuillez faire la liste de tous les postes occupés depuis la fin de votre résidence.** **Les postes occupés devraient être indiqués par ordre chronologique descendant, des plus récents aux plus** **anciens.** |

**Poste occupé Endroit Dates**

**ENSEIGNEMENT (ASPECTS QUALITATIFS ET QUANTITATIFS)**

|  |
| --- |
| **Notez que les personnes qui n’enseignent pas et qui ne prévoient pas le faire dans l’année, ne peuvent pas demander un titre de chargé d’enseignement clinique** |

***1. IMPLICATIONS ANTÉRIEURES***

***Avez-vous déjà obtenu une nomination professorale de l’Université de Montréal?***

***Non*** [ ]

***Oui*** [ ]

***cochez :***

**Titre obtenu Date (Années)**

[ ]  Responsable de formation clinique De :       À :

[ ]  Chargé d’enseignement clinique De :       À :

[ ]  Professeur adjoint de clinique De :       À :

[ ]  Professeur agrégé de clinique De :       À :

***2. IMPLICATION ANNUELLE DANS L’ENSEIGNEMENT POUR L’UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL***

|  |
| --- |
| **N’oubliez pas que les stages obligatoires et à option de l’externat ainsi que les cours d’APP, l’IMC et l’IDC sont des cours siglés. Si vous désirez connaître le sigle consultez la liste à l’adresse :**[**https://admission.umontreal.ca/programmes/doctorat-de-1er-cycle-en-medecine/structure-du-programme/**](https://admission.umontreal.ca/programmes/doctorat-de-1er-cycle-en-medecine/structure-du-programme/) |

|  |
| --- |
| **Si vous participez à plus qu’un cours d’APP, d’IMC-IDC, d’ARC, que vous supervisez des externes ou des résidents dans différents contexte, veuillez tous les indiquer en précisant l’année académique pendant laquelle vous avez enseignez chacun des cours.** |

***Prégradué (études médicales de premier cycle)***

[ ]  **Tutorat (APP)** :

Titre du cours ou sigle, année de participation, nombre approximatif d’étudiants.

[ ]  **Monitorat (IMC/IDC) :**

[ ]  **Séances d’apprentissage au raisonnement clinique- ARC (précisez lequel**) :

[ ]  **Supervision d’externes** :

***Résidence***

[ ]  **Supervision de résidents** :

[ ]  Autres :

***Responsabilités (contribution) pédagogiques/gestion***

|  |
| --- |
| **Si vous êtes responsable de programme, responsable d’un stage ou d’un cours vous devez l’indiquer ici. Précisez le stage, le cours, le lieu et les années.**  |

***3. IMPLICATION ANNUELLE DANS L’ENSEIGNEMENT POUR D’AUTRES INSTITUTIONS***

|  |
| --- |
| **À quel(s) niveau(x) êtes-vous impliqué dans l’enseignement?****Élaborez… (Nom de l’institution, titre de cours/stage, nombre d’étudiants par groupe, dates de sessions d’enseignement, tâches, etc.)****Par exemple, UQTR, ULaval, USherbrooke, UMcGill, enseignement donné à des pairs à la demande de la FMOQ, etc.)** |

***Précisez :***