

## Demande de pratique de la médecine pendant la résidence - *PREM 2025*

Je soussigné(e) .....désire me prévaloir d'une autorisation de pratique de la médecine pendant ma résidence sans détenir d'avis de conformité aux plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) pour réaliser du Moonlighting :

Nom de l'établissement : .....

Activités\* : .....

Pour la période du ..... au .....

**\*J'ai bien pris note que le moonlighting ne peut s'effectuer que dans le cadre de certaines activités considérées comme des activités médicales particulières (AMP).**

En foi de quoi j'ai signé à ....., ce .... / .... / ..... (JJ/MM/AAAA).

\_\_\_\_\_

Signature

\_\_\_\_\_

Adresse courriel :

\_\_\_\_\_

Téléphone :

**\*\*\*JOINDRE UNE COPIE DE VOTRE CARTE DE RÉSIDENT VALIDE À VOTRE DEMANDE\*\*\***

Réservé au DTMF	
Date de réception de la demande	
Réponse du DTMF	<input type="checkbox"/> Avis favorable <input type="checkbox"/> Avis défavorable Motif du refus : ..... .....
Date	
Signature de la Directrice médicale du DTMF de Montréal	..... Dre Ariane Murray

## ATTESTATION DU CHEF DE DÉPARTEMENT CLINIQUE

NOM DU MÉDECIN : \_\_\_\_\_

NUMÉRO DE RÉSIDENT: \_\_\_\_\_

ÉTABLISSEMENT (SITE) : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

RÉGION DE MONTRÉAL : \_\_\_\_\_ AUTRE RÉGION : \_\_\_\_\_

TYPE AMP : \_\_\_\_\_

VOLUME AMP : \_\_\_\_\_

DATE DE NOMINATION : \_\_\_\_\_

NOMINATION EN COURS : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nom du chef de département clinique  
(en lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Signature

Tél. : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_