

Demande de pratique de la médecine pendant la résidence – *PTEM 2026*

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 territoriaux d'effectifs médicaux (PTEM) 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 du Chef du DTMF 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 : _____