

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 : _____