Santé Québec
Département territorial de médecine familiale de Montréal

# Demande de pratique de la médecine pendant la résidence – *PTEM 2027*

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) :

Nom de l'établissement :……

Activités* : ……

Pour la période du …….. au ……..

***J'ai bien pris note que la pratique de la médecine pendant la résidence 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 | ☐ Avis favorable<br>☐ Avis défavorable<br>Motif du refus : ……<br>…… |
| Date<br><br>Signature du DTMF | ……<br>Directrice médicale de médecine familiale<br>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 : _____