

Prénom, nom de famille, désignation (p. ex., MD)

Adresse

Ville, province, pays

Code postal

Numéro de téléphone

Adresse courriel

OBJECTIF

Une brève description de vous-même, de votre formation et des raisons pour lesquelles vous souhaiteriez participer au programme Préparation à la pratique en Ontario.

ÉTUDES POSTDOCTORALES

Type de résidence

MM/AAAA – MM/AAAA

Nom de l'université

Ville, pays

Nom de l'hôpital/établissement d'enseignement; Lieu

MM/AAAA

- Nom de la rotation – durée et dates
- Nom de la rotation – durée et dates
- Nom de la rotation – durée et dates
- Nom de la rotation – durée et dates
- Nom de la rotation – durée et dates
- Nom de la rotation – durée et dates

ÉTUDES DE PREMIER CYCLE

Nom du diplôme

MM/AAAA – MM/AAAA

Nom de l'université

Ville, pays

PERMIS D'EXERCICE – PRÉCÉDENTS ET ACTUELS

Permis/inscription (n° #####)

PRÉSENT

Permis/inscription (n° #####)

MM/AAAA

EXAMENS

- Examen de la Collaboration nationale en matière d'évaluation **(note)** MM/AAAA
- Examen d'aptitude du Conseil médical du Canada, partie I **(note)** MM/AAAA
- Examen d'aptitude du Conseil médical du Canada, partie II **(note)** MM/AAAA
- Test de compétence linguistique (*TEF, TCF, OQLF*) MM/AAAA
 - Note de compréhension orale
 - Note de compréhension écrite
 - Note d'expression écrite
 - Note d'expression orale
- Tout examen supplémentaire que vous jugez pertinent.

ATTESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Soins avancés en réanimation cardiovasculaire (SARC)

JJ/DD/AAAA

Soutien avancé en traumatologie (SAT)

JJ/DD/AAAA

Soins avancés en réanimation pédiatrique (SARP)

JJ/DD/AAAA

EXPÉRIENCE DE PRATIQUE INDÉPENDANTE

Poste (p. ex., médecin de famille, omnipraticien, médecin résident)

MM/AAAA – PRÉSENT

Nom du cabinet/hôpital, ville, pays

- Champ d'exercice et caractéristiques démographiques des patients de la clientèle
- Procédures, services et traitements fournis régulièrement
- Points saillants de votre expérience dans ce poste

Poste (p. ex., médecin de famille, omnipraticien, médecin résident interne)

MM/AAAA – MM/AAAA

Nom du cabinet/hôpital, ville, pays

- Champ d'exercice et caractéristiques démographiques des patients de la clientèle
- Procédures, services et traitements fournis régulièrement
- Points saillants de votre expérience dans ce poste

Poste (p. ex., médecin de famille, omnipraticien, médecin résident interne)

MM/AAAA – MM/AAAA

Nom du cabinet/hôpital, ville, pays

- Champ d'exercice et caractéristiques démographiques des patients de la clientèle
- Procédures, services et traitements fournis régulièrement
- Points saillants de votre expérience dans ce poste

EXPÉRIENCE SUPPLÉMENTAIRE

Poste (p. ex., interne, associé clinique, stage d'observation clinique, etc.)

MM/AAAA – MM/AAAA

Nom du cabinet/hôpital, ville, pays

Poste (p. ex., interne, adjoint clinique, stage d'observation clinique, etc.)

MM/AAAA – MM/AAAA

Nom du cabinet/hôpital, ville, pays

LACUNES DANS LA PRATIQUE

Explication des lacunes non médicales dans la pratique d'une durée de 3 mois ou plus
MM/AAAA

MM/AAAA –

non expliquées dans les sections *Pratique indépendante* ou *Expérience supplémentaire*
(p. ex. congé de maternité, immigration et établissement au Canada, etc.)

COMPÉTENCES TECHNIQUES ET INFORMATIQUES

- Suite Microsoft Office, logiciel de DME, etc.

LANGUES

- Anglais - Courant
- Français - Courant