

FICHE D'INFORMATION – RÉSIDENT EN MÉDECINE

IDENTIFICATION

Nom :

Adresse :

Cellulaire :

Autre téléphone :

Courriel :

Moyen(s) de communication à privilégier pour vous contacter :

Cellulaire

SMS

Téléphone

Courriel

FORMATION

Université :

Spécialité :

Année actuelle de résidence :

Année envisagée pour le début de votre pratique médicale :

Êtes-vous intéressé(e) à faire un *fellowship* ?

Non Oui, dans quelle sous-spécialité ?

EXPERTISE, MOTIVATION ET INTÉRÊT

Expertise, intérêts et/ou champs d'expertise particuliers :

Motivation particulière à pratiquer au CISSS de la Montérégie-Ouest :

Seriez-vous intéressé(e) à visiter nos installations ? Oui Non

Seriez-vous intéressé(e) à faire un stage dans l'une de nos installations ? Oui Non

EN COMPLÉMENT

Si vous avez-vous un(e) conjoint(e) qui étudie ou travaille dans le domaine de la santé, pouvez-vous nous renseigner sur les éléments suivants :

Oui, aux études :

Université :

Formation ou domaine d'études :

En quelle année d'études :

Année envisagée pour pratiquer (si applicable) :

Oui, sur le marché du travail :

Formation ou domaine d'études :

Où se déroule la pratique :

Année(s) d'expérience :