

**Demande d’adhésion des membres du CCPM**

**(tous les renseignements doivent être saisis électroniquement ou écrits en lettre d'imprimerie)**

**Partie 1 : Renseignements généraux**

Titre : M.  Mme  Dr

Nom comme vous voulez qu’il apparaisse sur votre certificat (Prénom, deuxième prénom (facultatif), nom de famille) :

Adresse postale (inclure le pays) :

Tél :

Courriel :

**Répondants :**

Remarque : concerne le statut de physicien médical autorisé par le US NRC :

Pour répondre aux exigences de l’article CFR 35.51 du U.S. NRC portant sur le statut de physicien médical autorisé, le candidat au titre de Membre en physique de la radio-oncologie du CCPM doit déclarer qu’il ou elle a été supervisé (e) par un membre du CCPM ou par un physicien médical accrédité par l’ABR pendant au moins deux ans en date du 31 mars de l’année d’examen. Les candidats qui ne se conforment pas à ces exigences verront leur certificat de Membre en physique de la radio-oncologie du CCPM marqué « Non admissible au statut de P. M. A. » ou « Not P.M.A. eligible ».

\*Spécialisation en radio-oncologie : Si vous avez été supervisé (e) pendant un minimum de deux ans par un membre du **CCPM** ou par une personne accréditée par **l’ABR** comme défini ci-dessus, veuillez le déclarer :

Non  Oui  (si oui, nom du superviseur et certification) :

**Information sur les arbitres**

**\*** En ce qui concerne les candidats ayant terminé un programme de résidence agréé par la CAMPEP dans les cinq années précédentes, l’une des trois lettres de référence doit être fournie par le mentor de son programme de résidence, ou par le directeur de son programme, ou par le coordonnateur de son établissement. En ce qui concerne les candidats ayant terminé un programme de transition, l’une des trois lettres de recommandation doit être fournie par le mentor du programme. Indiquez cette information dans la rubrique "Lien avec le candidat".

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du physicien médical certifié |  |
| Certification du physicien médical |  |
| Établissement |  |
| Lien avec le candidat |  |
| Tél |  |
| L'adresse postale et le pays |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du physicien médical |  |
| Certification du physicien médical |  |
| Établissement |  |
| Lien avec le candidat |  |
| Tél |  |
| L'adresse postale et le pays |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du médecin certifié |  |
| Certification du médecin |  |
| Établissement |  |
| Lien avec le candidat |  |
| Tél |  |
| L'adresse postale et le pays |  |

**Partie 2 : Veuillez fournir les renseignements demandés ci-dessous sur cette page ou sur une page séparée ou, pour les Parties 2.1 à 2.3, indiquez que l'information demandée est clairement énoncée dans le curriculum vitae que vous joindrez à votre demande :**

2.1 Études [M. Sc. au minimum, d’une université accréditée dans un domaine pertinent – Bylaws Article 2.02 (a) Comme indiqué clairement dans le curriculum vitae

Plus haut diplôme obtenu : M.Sc.  Ph. D.  Autre :

Institution :

Majeure :

Année d’obtention :

*Autre études*

Institution :

Majeure :

Dates

Diplôme

2.2 Associations professionnelles (incluant autres accréditations)

Comme indiqué clairement dans le curriculum vitae

Association :

Dates :

Titre de membre

Fonctions exercées

2.3 Affectations (universités, départements d'oncologie et établissements médicaux)

Comme indiqué clairement dans le curriculum vitae

Institution ou établissement :

Département :

Affectation :

Dates :

2.4 Expériences professionnelles

Comme indiqué clairement dans le curriculum vitae

Employeur :

Titre ou poste :

Fonctions :

Dates :

**Partie 3. Demande d’adhésion à titre de Membre**

Remplissez les parties A, B, C et D.

**A. Expérience de travail auprès des patients exigée : (annexe du règlement D.2.2)**

Les candidats à l’examen d’adhésion possèdent au minimum l’équivalent de deux ans d’expérience de travail exhaustive à temps plein en physique appliquée à la médecine auprès des patients, en plus de leur diplôme d’études supérieures défini à l’article D.2.1. Cette expérience de travail doit avoir été accumulée au complet avant le 31 mars de l’année de l’examen et avoir été acquise dans les cinq années antérieures.

**Annexe du règlement D.2.1** - Les candidats à l’examen d’adhésion possèdent un diplôme de maîtrise ou de doctorat délivré par une université ou un collège accrédité en physique médicale, en physique, en sciences avec une majeure en physique, en ingénierie ou en mathématiques appliquées.

Je présente ma demande pour passer l’examen d’adhésion des membres pour l’année 20\_\_ en date du\_\_\_\_ (jj/mm/aa). J’aurai alors \_\_\_ années d’expérience de travail auprès des patients comme il est défini dans les règlements du CCPM.

Réclamez une année pour chaque année de travail à temps plein en physique médicale auprès des patients. (**N’incluez pas** le temps que vous avez passé auprès des patients au cours de vos études supérieures.)

**Un minimum de deux années est exigé.**

Date de début (jj/mm/aa) :

Date de fin (jj/mm/aa) :

**B. Domaine de spécialisation choisi :**

Physique de la radio-oncologie :

Physique de la médecine nucléaire :

Physique de la radiologie diagnostique :

Imagerie par résonance magnétique :

Je demande que l’examen écrit se déroule en français  en anglais

Je demande que l’examen oral se déroule en français  en anglais

**C. Lien avec le service des Canadiens (Article D.2.7 des Règlements)**

Le processus d’accréditation du CCPM est destiné au service des Canadiens. Les candidats sont tenus de satisfaire au moins l’un des critères suivants :

citoyen canadien  résident du Canada  obtenu un diplôme universitaire au Canada

avoir complété un programme de résidence en physique médicale au Canada

offre d’emploi confirmée au Canada  Avoir terminé un programme médical de transition au Canada

**D. Non-divulgation et tricherie (Article C.8 des Règlements)**

☐ J’ai lu les Règlements du CCPM, en particulier les articles C.8.1 et D.3.3, et je reconnais en signant la présente demande que je suis au courant de la déclaration du CCPM sur la non-divulgation et la tricherie et que je conviens de la respecter.

J’atteste que l’information contenue dans cette demande et dans le curriculum vitae qui l’accompagne est vraie. J’accepte que le Conseil d’administration du Collège canadien des physiciens en médecine soit le seul juge de mes compétences afin que je sois et demeure un membre du Collège. J’autorise le CCPM à contacter toute personne, institution ou établissement jugé(e) nécessaire pour confirmer mes allégations.

Signé\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Veuillez soumettre votre candidature, y compris votre curriculum vitae, en format PDF à :** [**info@ccpm.ca**](mailto:info@ccpm.ca)