



Demande d'adhésion de Fellow du CCPM

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

Partie 1 : Renseignements généraux

Nom : _____

PRÉNOM

SECOND PRÉNOM OU INITIALE

NOM DE FAMILLE

(Écrivez votre nom comme vous voulez qu'il apparaisse sur votre certificat)

Titre : M.

Mme

Dr

Adresse :

Tél. : _____

Fax : _____

Courriel : _____

CODE POSTAL

Accréditation : MCCPM Année d'obtention : _____

Répondants :

Physicien médical :

Nom : _____ Accréditation : _____
Établissement : _____ Téléphone : _____
Adresse : _____

Lien avec le candidat : _____

Physicien médical :

Nom : _____ Accréditation : _____
Établissement : _____ Téléphone : _____
Adresse : _____

Lien avec le candidat : _____

Médecin :

Nom : _____ Accréditation : _____
Établissement : _____ Téléphone : _____
Adresse : _____

Lien avec le candidat : _____

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:

INSTITUTION

MAJEURE

DATES

DIPLÔME

voir CV

2.2 Associations professionnelles (inclusant autres accréditations) :

ASSOCIATION

DATES

TITRE DE MEMBRE

voir CV

FONCTIONS EXERCÉES

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

INSTITUTION OU ÉTABLISSEMENT

DÉPARTEMENT

AFFECTATION

voir CV

DATES

2.4 Expériences professionnelles :

EMPLOYEUR

TITRE OU POSTE

FONCTIONS

voir CV

DATES

Partie 3 : Demande d'adhésion à titre de Fellow

Remplissez les parties A, B et C.

A. EXPÉRIENCE :

Je présente ma demande pour passer l'examen d'adhésion de Fellow pour l'année 20_____. En date du _____(date), je revendique les états de service suivants comptant pour les sept années d'expérience en physique médicale exigées :

Veuillez inscrire les détails :

Réclamez une année pour chaque année d'expérience de travail à temps plein en physique médicale. (N'incluez pas le temps que vous avez passé dans un programme d'études supérieures.)

(Un minimum de sept années est exigé.)

Réclamez _____ années.

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 oral se déroule en français *

Je demande que l'examen oral se déroule en anglais

* Le CCPM s'efforcera d'offrir l'examen en français, lorsque demandé. Cependant, ceci ne peut être garanti, car dépendant de la disponibilité des examinateurs compétents.

C. Lien avec le service des Canadiens :

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

D. Entente sur la non-divulgation (Article C.8.1 des Règlements)

J'ai lu les Règlements du CCPM, en particulier les articles C.8.1 et D.3.3, et je reconnaiss 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 _____

Envoyez les formulaires remplis et les frais de dossier à info@ccpm.ca

Veuillez vous rendre sur ccpm.ca pour effectuer le paiement. Numéro de commande _____