



## 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 : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CODE POSTAL

Tél. : \_\_\_\_\_  
Fax : \_\_\_\_\_  
Courriel : \_\_\_\_\_

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: voir CV ☐  
INSTITUTION MAJEURE DATES DIPLÔME

2.2 Associations professionnelles (incluant autres accréditations) : voir CV ☐  
ASSOCIATION DATES TITRE DE MEMBRE FONCTIONS EXERCÉES

2.3 Affectations (universités, départements d'oncologie et établissements médicaux) : voir CV ☐  
INSTITUTION OU ÉTABLISSEMENT DÉPARTEMENT AFFECTATION DATES

2.4 Expériences professionnelles : voir CV ☐  
EMPLOYEUR TITRE OU POSTE FONCTIONS 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-divulgaration (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 reconnais en signant la présente demande que je suis au courant de la déclaration du CCPM sur la non-divulgaration 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](mailto:info@ccpm.ca)

Veuillez vous rendre sur [ccpm.ca](http://ccpm.ca) pour effectuer le paiement. Numéro de commande \_\_\_\_\_