

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Postgraduate Medical Education | Formation médicale postdoctorale |  |
| Faculty of Medicine and Health Sciences | Faculté de médecine et des sciences de la santé |
| McGill University | Université McGill |
| 680 Sherbrooke West Suite 1701 | 680 Rue Sherbrooke Ouest 1701 | Tel: (514) 398-8777 |
| Montreal, Quebec | Montréal, Québec | Fax: (514) 398-3595Pgrecords.med@mcgill.ca |
| Canada H3A 2M7 | Canada H3A 2M7 |  pgrecords.med@mcgill.ca  |

**FORMULAIRE D’AUTORISATION PAR LE DIRECTEUR DE PROGRAMME D’UN VOYAGE À L’ÉTRANGER
EN RAISON DE CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES**

**Renseignements sur le résident/la résidente**

Nom :

Prénom :

No matricule McGill :

Programme de résidence :

* Type de demande (cochez toutes les réponses qui s’appliquent) :

Congé de maladie **☐**  Date de début : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date de fin : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Congé autorisé **☐**  Date de début : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date de fin : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vacances **☐**  Date de début : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date de fin : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Demandez-vous l’approbation d’un stage à option pendant cette période?

**Oui ☐** *(Seuls les cas exceptionnels seront pris en compte par le vice-doyen. Veuillez inclure le formulaire de demande de stage à option en milieu non agréé.)*

**Non** ☐

* Je confirme que le programme fournira au résident/à la résidente des activités d’apprentissage à distance pendant les 14 jours d’isolement obligatoire à son retour au Canada. **Oui ☐ Non ☐**

**Note d’appui à la demande**

 *Veuillez fournir une explication de votre soutien à cette demande :*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du directeur de programme : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date (JJ-MM-AAAA) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du vice-doyen, FMPD : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date (JJ-MM-AAAA) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_