

**FICHE PERSONNELLE**  
Professeur d'enseignement clinique (PEC)

**RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

Nom de famille légal (à la naissance) :	Prénom :
Date de naissance :	Numéro d'assurance sociale (obligatoire);
Adresse courriel :	
Citoyen canadien	Immigrant reçu

**ADRESSE PERSONNELLE**

N° et rue :	Ville :	
Province :	Code postal :	Téléphone à la maison :
Cellulaire :		

**ADRESSE PROFESSIONNELLE**

Dans quel établissement ferez-vous de l'enseignement clinique?		
N° et rue :	Ville :	
Province :	Code postal :	Téléphone au travail :

**ÉTUDES UNIVERSITAIRES**

Établissement universitaire	Diplôme	Spécialité	Année d'obtention
	MD	Médecine	
	Résidence		

NUMÉRO DE PERMIS (MD) \_\_\_\_\_ QC NB

**FICHE PERSONNELLE (suite)**  
Professeur d'enseignement clinique (PEC)

**AUTRES TITRES**

	Spécialité	Année d'obtention
C.S.P.Q		
F.R.C.P. (C)		
D.A.B		
C.C.M.F. (C)		

Formulaire complété le : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Date d'entrée en fonction comme PEC (si connue) : \_\_\_\_\_

SVP faire parvenir la demande **complète** à :  
[developpement-fmss@usherbrooke.ca](mailto:developpement-fmss@usherbrooke.ca)

Secrétariat du développement facultaire, bureau du doyen  
Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke  
3001, 12<sup>e</sup> Avenue Nord, Sherbrooke (Québec) J1H 5N4  
Télécopieur : 819-564-5420