



## Comités de participation

Formulaire de demande de remboursement pour la participation aux comités et sous-comités de programme, sélection des résidents, comités facultaires et universitaires, selon la liste admissible à l'Annexe G de la convention collective 2023-2026.

**Date de la demande :** \_\_\_\_\_

Professeur : \_\_\_\_\_

Matricule : \_\_\_\_\_

Département : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

**Signature du professeur d'enseignement clinique :** \_\_\_\_\_

**Signature du directeur de programme :** \_\_\_\_\_

(\*obligatoire pour tous les comités et sous-comités de programme, sélection des résidents, comité de compétence)

Date du comité	Titre du comité	Heure début	Heure fin	Préparation	
				SANS	AVEC
<b>Programme</b>					
	Comité de compétence (CPC)*				
	Comité de programme postdoctoral*				
	Conseil des études médicales postdoctorales*				
	Processus d'agrément interne (évaluateur 1x)*			<b>15 H</b>	
	Sous-comité de programme postdoctoral*				
<b>Sélection de résidents</b>					
	Nombre de dossiers évalués		x 30 min =	<b>heures H</b>	
	Nombre d'entrevues (inclus cotation finale)		x 45 min =	<b>heures H</b>	
<b>Facultaire ou universitaire</b>					
	CA de l'Université de Sherbrooke				
	Comité de l'assemblée universitaire				
	Comité exécutif de l'Assemblée facultaire				
	Conseil de la FMSS				
<b>Syndicat APECFMUS</b>					
	Comité du Fonds de perfectionnement				
	Comité de promotion professorale				

**N. B. – SVP prendre note que le temps de déplacement est exclu du temps réel de la réunion.**

Merci de retourner le document complété et signé par courriel ([apecfmus-sec-med@usherbrooke.ca](mailto:apecfmus-sec-med@usherbrooke.ca)) ou par la poste au : 3001, 12<sup>e</sup> Avenue N - case 696, Sherbrooke (QC) J1H 5N4.