UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Médecin spécialiste

Faculté de médecine et des sciences de la santé
Programme postdoctoral

Date _____

Formulaire de demande de remboursement pour la participation aux activités d'enseignement dans le cadre d'activités d'enseignement au **Programme postdoctoral*** des professeurs d'enseignement clinique de la Faculté de médecine (PEC).

Professeur _____ Matricule _____

Adresse _____

Ville _____ Téléphone _____

Code postal _____

Activités **Équivalence horaire ***	**1 h =**	**Type d'activité** **Cochez le type**	**Description de l'activité**
Préparation de cours non siglé par l'UdeS	1 H / heure de cours	☐	**Titre de l'activité :** _____
Laboratoires pour résidents	1 H	☐	
Cours siglé pour les étudiants de 1ère, 2e, et 3e années de médecine	3 H	☐	
Autres : (expliquer)			**Date de l'activité :** _____
Activité d'enseignement payée par la RAMQ			
Activité de raisonnement clinique (ARC) Club de lecture Cours magistraux / théoriques à l'externat Cours magistraux / théoriques postdoctoral ÉCOS, correction d'examen écrit, standardisation des ÉCOS Examen oral (incluant pratique d'examen aux résidents finissants) Simulation			**Durée de l'activité (H)** _____ **heures** **Nombre de (H) à rémunérer** (nb d'heure x valeur ~H~ (voir annexe G) _____ **H**
Activité d'enseignement payée par le Centre de formation continue (CFC)			***Extrait de l'Annexe G de la convention collective de l'APECFMUS**
ATLS, APLS, ACLS			

S.V.P. retourner ce document complété et signé à l'attention de :

Mme Anne-Sophie Roy
Secrétaire de direction
Vice-décanat aux études médicales postdoctorales

Courriel : Demandes-remuneration-VdPostdoc@usherbrooke.ca

Courrier postal :
Faculté de médecine et des sciences de la santé
3001, 12e Avenue Nord (X1-2132)
Sherbrooke (Québec) J1H 5N4

Téléphone : 819 821-8000 poste 71408

_____
Signature du professeur d'enseignement clinique

_____
Signature du directeur de programme
*Obligatoire pour toute activité

Mis à jour le 22 juin 2022