

Il s'agit d'un formulaire à remplir; veuillez l'imprimer et le signer une fois rempli.

Remplir les formulaires de demande suivants:

Formulaire A: Formulaire de demande

Formulaire B: Renseignements sur les droits et le paiement

Formulaire C: Déclaration de compréhension et de divulgation de renseignements
• Ce formulaire doit être imprimé, signé et daté par vous et un témoin.

Veuillez joindre un curriculum vitae à jour, incluant les renseignements suivants:

- Nom de la faculté de médecine, année d'obtention du diplôme, pays
- Formation postdoctorale: Dates de début et de fin (mois/année), nombre de mois, hôpital/université, spécialité, niveau de formation
- Certification(s) de spécialité obtenue(s): date, nom de la certification, territoire de compétence (pays/province/état, etc.)
- Détails de la pratique: dates de début et de fin (mois/année), type de pratique, lieu (ville/province/état/pays)
- Tous les permis d'exercice, actuels et antérieurs, émis par chaque territoire de compétence depuis l'obtention de votre diplôme de médecine: date, type, territoire de compétence (pays, province, état, etc.)
- Veuillez justifier toute interruption de plus de trois (3) mois d'affilée dans votre historique de formation pratique.

Remarques importantes

- Veuillez retourner tous les formulaires dûment remplis au Collège royal, à l'adresse indiquée ci-dessous.
- Vous recevrez un courriel confirmant que votre demande a bien été reçue.
- Le Collège royal restera en contact avec vous par courriel.
Écrivez-nous à l'adresse coa@collegeroyal.ca ou mettez à jour vos coordonnées en ligne au www.collegeroyal.ca/coa
Assurez-vous que l'adresse courriel figurant à nos dossiers est exacte.
- Les demandes seront examinées selon leur ordre d'arrivée.
- Nous communiquerons directement avec vous si d'autres renseignements sont requis.

Coordonnées

Site Web: collegeroyal.ca

Téléphone: 1-800-267-2320

Télécopieur: 613-730-3707

Courriel: credentials@royalcollege.ca

Poste: Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

Unité des titres

774, promenade Echo, Ottawa (Ontario) K1S 5N8

Vérification des documents sur la formation médicale postdoctorale (FMPD) et la pratique:

Vous devez joindre à votre demande une copie de tous les documents relatifs au permis d'exercice et à la formation émis au Canada.

Tous les documents relatifs au permis d'exercice et à la formation émis à l'étranger doivent être vérifiés à la source par inscriptionmed.ca.

- Ouvrez un compte auprès d'inscriptionmed.ca (cet organisme constituera un portfolio confidentiel de votre carrière).
- Téléversez les documents requis.
- Activez l'échange des documents vérifiés à la source pour permettre au Collège royal de les consulter.

Preuve de pratique à titre de surspécialiste indépendant dans la surspécialité visée:

<p>Permis autorisant la pratique à l'étranger: Envoyer à inscriptionmed.ca aux fins de vérification</p> <p><input type="checkbox"/> Permis autorisant la pratique au Canada: Envoyer à credentials@collegeroyal.ca aux fins de vérification</p>	<p>Preuve de votre pratique au cours des cinq dernières années</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fournir une copie du permis d'exercice comme surspécialiste émis dans tous les territoires de compétence où vous détenez actuellement ou avez détenu un permis autorisant la pratique • Inclure votre permis autorisant actuellement la pratique médicale au Canada
<p>Formation dans une surspécialité à l'étranger: Envoyer à inscriptionmed.ca aux fins de vérification</p> <p><input type="checkbox"/> Formation dans une surspécialité au Canada Envoyer à credentials@collegeroyal.ca aux fins de vérification</p>	<p>Preuve d'admissibilité à exercer comme surspécialiste indépendant dans le territoire de compétence où a été suivie la formation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copie du permis émis dans le territoire de compétence où vous avez suivi la formation, confirmant que vous avez exercé comme surspécialiste indépendant dans la surspécialité demandée et/ou • Certificats/diplômes de surspécialité émis dans le territoire de compétence où vous avez suivi la formation
<p><input type="checkbox"/> Envoyer à credentials@collegeroyal.ca aux fins de vérification</p>	<p>Certificat de bonne conduite professionnelle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demander un certificat de bonne conduite professionnelle émis par votre ordre des médecins (OM). Le certificat doit être demandé par vous, et envoyé au Collège royal par votre ordre des médecins • En général, un lien se trouvant sur le site Web de votre ordre des médecins permet d'envoyer le certificat au Collège royal

Preuve de la formation surspécialisée

Remarque: Si le Collège royal a déjà effectué une évaluation de votre formation surspécialisée en raison d'une demande par le biais d'une autre voie, une vérification additionnelle de votre formation par inscriptionmed.ca n'est pas nécessaire

<p><input type="checkbox"/> Envoyer à inscriptionmed.ca aux fins de vérification</p>	<p>Copy de votre diplôme de médecine</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exemple: MD, MBBS
<p>Formation dans une surspécialité à l'étranger: Envoyer à inscriptionmed.ca aux fins de vérification</p> <p><input type="checkbox"/> Formation dans une surspécialité au Canada Envoyer à credentials@collegeroyal.ca aux fins de vérification</p>	<p>Toute preuve attestant la formation postdoctorale suivie jusqu'à maintenant</p> <p>Exemple:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Certificat d'achèvement de la formation ou • Confirmation écrite du directeur du programme de formation, indiquant la portée de la formation et les dates de début/fin du programme <p>Remarque: Si vous avez suivi une formation dans plusieurs endroits et établissements, veuillez soumettre les documents pertinents à toutes les périodes de formation.</p>

Détails de l'examen

Veuillez indiquer en quelle année vous souhaitez vous présenter à l'examen →	Année d'examen visée par la demande	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Surspécialité	<input type="text"/>			
Votre lettre d'admissibilité sera préparée en fonction de l'information ci-dessus.					

Renseignements personnels

Identification

Titre	<input type="radio"/> Dr.	<input type="radio"/> Dr	<input type="radio"/> Dre	Sexe	<input type="text"/>		
Langue	<input type="radio"/> Anglais	<input type="radio"/> Français	Date de naissance	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
				JJ	MMM	AAAA	
Numéro d'identification du Collège royal (et cas échéant)	<input type="text"/>						
Nom de famille	<input type="text"/>						
Prénom	<input type="text"/>						
Deuxième prénom (et autres)	<input type="text"/>						

Coordonnées

<input type="checkbox"/> Adresse personnelle	<input type="checkbox"/> Adresse professionnelle				
Nom et numéro de la rue	<input type="text"/>	Numéro d'appartement	<input type="text"/>		
Ville	<input type="text"/>	Province	<input type="text"/>	Code postal	<input type="text"/>
Téléphone	<input type="text"/>	Téléphone	<input type="text"/>		
<input type="radio"/> Domicile	<input type="radio"/> Travail	<input type="radio"/> Cellulaire	<input type="radio"/> Domicile	<input type="radio"/> Travail	<input type="radio"/> Cellulaire
Courriel	<input type="text"/>	Courriel	<input type="text"/>		
<input type="radio"/> Personnel	<input type="radio"/> Travail	<input type="radio"/> Personnel	<input type="radio"/> Travail		

Coordonnées pour votre chef de service ou superviseur actuel

Votre chef de service ou superviseur sera tenu de vérifier le champ de pratique faisant l'objet de votre demande, ainsi que vos compétences dans ce domaine. Veuillez lui fournir les coordonnées nécessaires, de même que le formulaire de divulgation de renseignements ci-dessous:

Nom de famille	<input type="text"/>				
Prénom	<input type="text"/>				
Numéro civique et nom de rue	<input type="text"/>			Numéro d'appartement	<input type="text"/>
Ville	<input type="text"/>	Province	<input type="text"/>	Code postal	<input type="text"/>
Téléphone	<input type="text"/>	Télécopieur	<input type="text"/>		
Courriel	<input type="text"/>				

Frais

Veillez remplir le formulaire ci-joint autorisant l'usage de la carte de crédit pour les frais applicables.

Voici les frais d'évaluation actuels:

*Veillez noter qu'une réduction de 500 \$ s'appliquera aux personnes qui ont déjà fait évaluer leur formation par le Collège royal):

Remarque: Si vous ne pouvez pas soumettre votre demande avant l'échéance du 31 août parce que vous ne remplissez pas encore les critères d'admissibilité pour la REP-PEAS, veuillez nous écrire à l'adresse credentials@collegeroyal.ca

Vous trouverez les critères d'admissibilité sur le site Web du Collège royal, au www.collegeroyal.ca

Date de la demande:	Sans réduction des frais
Avant le 31 août de l'année précédant celle où vous souhaitez vous présenter à l'examen (frais d'évaluation de base)	\$4,010
Entre le 1er septembre et le 30 novembre de l'année précédant celle où vous souhaitez vous présenter à l'examen (frais d'évaluation de base + frais de pénalité applicables)	$\$4,010 + \$710 = \mathbf{\$4,720}$
Après le 1er décembre de l'année précédant celle où vous souhaitez vous présenter à l'examen (frais d'évaluation de base + frais de retard applicables)	$\$4,010 + \$1,410 = \mathbf{\$5,420}$

Date de la demande	<input type="text"/>
--------------------	----------------------

Autorisation de l'usage de la carte de crédit
Valable une seule fois

Nom du candidat	<input type="text"/>		
Montant total	<input type="text"/>	**Remarque: Le Collège royal accepte le paiement par carte de crédit en dollars canadiens seulement	
Type de carte	<input type="radio"/> Mastercard	<input type="radio"/> Visa	<input type="radio"/> American Express
Numéro de la carte	<input type="text"/>		
Date d'expiration (MM/AA)	<input type="text"/>		
Nom du détenteur de la carte	<input type="text"/>		

En cliquant sur le bouton « J'accepte », vous autorisez le Collège royal à porter le montant total des frais d'évaluation non remboursables à la carte de crédit indiquée plus haut.

J'accepte.

À l'usage du Collège royal

Date	<input type="text"/>	Code de revenue financier			
# d'identification	<input type="text"/>	Code	340	Montant	<input type="text"/>
		Code	<input type="text"/>	Montant	<input type="text"/>
Initiales de l'agent	<input type="text"/>	Code	<input type="text"/>	Montant	<input type="text"/>

Déclaration de compréhension et de divulgation de renseignements

Identification

Nom de
famille

Deuxième
prénom

Prénom

Date de naissance

DD

MMM

YYY

Utilisée seulement pour confirmer votre identité

De

Nom de l'ordre des médecins du candidat

Daté à

Ville et province

En apposant ma signature, je, médecin soussigné(e), accepte les conditions suivantes:

Divulgation des renseignements à votre ordre des médecins

J'accepte que le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (« Collège royal ») communique et divulgue tous les renseignements qu'il détient à mon sujet à l'ordre des médecins de la province ou du territoire dans lequel je possède une autorisation ou un permis d'exercice de la médecine et aux autres organismes de réglementation nationaux, relativement à mes antécédents en matière de formation, mon profil de pratique, mes titres, mon admissibilité aux examens, les résultats de mes examens ou évaluations, incluant sans s'y limiter, la description de mon champ de pratique, les détails d'admissibilité, le résumé de rendement et toute évaluation continue et résultats connexes. Le Collège royal peut fournir à mon ordre des médecins des copies de tous les éléments pertinents présents dans mon dossier. Cette autorisation restera en vigueur jusqu'à ce que je la révoque par écrit.

Partage de renseignements entre votre chef de service actuel et le Collège royal

J'autorise la personne désignée comme étant mon chef de service ou superviseur sur le formulaire A à transmettre toute information requise par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (« Collège royal ») au sujet de ma formation, de l'examen de mes titres et de mon admissibilité à l'examen. J'autorise donc, par la présente, mon chef de service ou superviseur à fournir au Collège royal des copies de tous les éléments pertinents présents dans mon dossier. Cette autorisation restera en vigueur jusqu'à ce que je la révoque par écrit. Une photocopie de cette autorisation peut être utilisée au besoin.

Déclaration de compréhension et autorisation de divulgation de renseignements (suite)

Conséquences de la soumission de documents frauduleux ou faux, ou d'un comportement répréhensible

Je consens à fournir des informations exactes et authentiques au Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (« Collège royal ») et à participer de bonne foi au processus d'évaluation.

Je comprends que si je fournis des documents faux ou frauduleux au Collège royal, ou si j'adopte un comportement répréhensible quant à mon évaluation, mes actions pourraient entraîner de graves conséquences, décrites ci-dessous.

Dans le cas (i) où des informations soumises au Collège royal, y compris des informations personnelles dans des documents à l'appui de ma demande, incluant les titres, s'avéreraient ou seraient considérées par le Collège royal comme étant fausses ou non authentiques, frauduleuses ou trompeuses, ou (ii) où toute information liée au Collège royal soumise à d'autres agences s'avérerait ou serait jugées, selon lesdites agences ou le Collège royal, comme fausses ou non authentiques, frauduleuses ou trompeuses, ou (iii) d'un comportement répréhensible, le Collège royal pourra prendre les mesures appropriées qu'il juge opportunes, incluant sans s'y limiter:

- Révoquer mon admissibilité;
- Mettre fin à mon évaluation et annuler ou invalider les résultats de mon évaluation;
- M'interdire à l'avenir de me présenter aux examens ou aux évaluations du Collège royal; et
- Informer chacun des ordres des médecins canadiens, ainsi que les organismes de délivrance de permis, de réglementation, de formation, de jumelage des résidents, de vérification des titres ainsi que les hôpitaux, les cliniques et les autres établissements médicaux et organisations faisant appel aux services de médecins, les agences gouvernementales (locales, d'État, provinciales, fédérales ou étrangères), les organismes chargés de l'application de la loi et autres tierces parties et organismes, et leurs représentants qui, selon le Collège royal, ont un intérêt légitime à connaître ces informations. Je suis conscient que le Collège royal peut donner des avis à ce sujet et transmettre cette information même si je retire mon consentement.

Accord de confidentialité

Je m'engage à respecter la confidentialité de l'évaluation et je reconnais que je comprends les éléments suivants:

Le non-respect de la confidentialité de l'évaluation peut être considéré comme une inconduite professionnelle et les résultats de mon évaluation peuvent être annulés, et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (« Collège royal ») peut informer les organismes de délivrance de permis canadiens de la situation.

Que les questions et scénarios d'examen et d'évaluation fondée sur la pratique sont protégés par des droits d'auteur et sont la propriété intellectuelle du Collège royal.

Que toute reproduction, diffusion ou autre divulgation des questions ou scénarios de l'évaluation, en partie ou dans la totalité, est strictement interdite. Le Collège royal prendra toutes les mesures disciplinaires nécessaires et les recours légaux à sa disposition contre les candidats ou les personnes qui enfreindront cette clause de confidentialité, y compris le retrait de l'admissibilité, l'annulation des résultats et l'interdiction de passer tout autre examen ou évaluation du Collège royal.

Déclaration de compréhension et autorisation de divulgation de renseignements (suite)

Divulgation de renseignements entre Pivotal Research Inc. et le Collège royal

J'autorise le Collège royal à fournir mes coordonnées* à:
Pivotal Research Inc. pour les questionnaires de rétroaction multisources

Immunité et divulgation

Par la présente, je conviens de tenir indemne et à couvert de tout dommage:

(1) Le Collège royal et ses employés, ses agents, ses représentants, ses membres, ses administrateurs et les membres de son Conseil (collectivement appelés le Collège royal) à l'égard ou en raison d'actes, de communications, de rapports, de déclarations, de documents, de recommandations ou de divulgations m'impliquant et faits de bonne foi et sans malveillance par le Collège royal.

Limitation de la responsabilité:

La responsabilité du Collège royal pour les dommages liés à la conduite de l'évaluation, que ce soit dans le cadre d'un contrat (y compris une rupture importante), d'un délit civil (y compris la négligence) ou autrement, même si le Collège royal a été averti de la possibilité de tels dommages, ne devra pas excéder le montant des frais d'évaluation payés par le candidat. En aucun cas, le Collège royal ne sera tenu responsable des dommages indirects, accidentels ou secondaires de quelque type que ce soit, quelle qu'en soit la cause et que ce soit dans le cadre d'un contrat (y compris une rupture importante), d'un délit civil (y compris la négligence) ou autrement, même si le Collège royal a été informé de la possibilité de tels dommages et de la divulgation:

En apposant ma signature, je, médecin susmentionné(e), reconnais et accepte les termes cités ci-dessus et consens à la divulgation de mes renseignements personnels conformément aux conditions et modalités susmentionnées.

Nom du candidat (en lettres moulées)	
Signature du candidat	
Date	

Nom du témoin (en lettres moulées)	
Signature du témoin	
Date	