

Pour les médecins admis dans le programme

Acceptation des conditions et de la portée de l'examen d'évaluation-orientation des médecins diplômés hors du Canada et des États-Unis admissibles

J'accepte de participer volontairement à cette opportunité de me faire évaluer et de recevoir une recommandation sur la base de mon résultat obtenu lors de l'évaluation ;

Je comprends que cette démarche m'est offerte gratuitement et que je pourrai profiter de la confidentialité à toutes les étapes du processus, si tel est mon désir ;

J'accepterai les résultats de cette évaluation et la recommandation en découlant, tout en demeurant libre de l'utilisation que j'en ferai pour la poursuite de mon cheminement professionnel ;

Je suis conscient (e) que la recommandation qui suivra l'évaluation ne pourra pas toujours s'actualiser en raison des capacités d'accueil restreintes dans les différents programmes ;

Je suis conscient (e) que les personnes dirigées vers un stage de mise en contexte clinique et d'évaluation des compétences médicales d'une durée maximale de 4 mois seront aussi évaluées en cours et à la fin du stage.

EN FOI DE QUOI, j'ai signé le présent document en deux exemplaires :

Nom du Candidat

Signature

Ville

Date

SVP, retourner un exemplaire de ce formulaire signé et numérisé à madame Samira Achir (info@cedis.ca). Vous devrez présenter l'autre exemplaire signé lors de votre inscription le jour même de l'évaluation.