

Ce document liste les questions qui vous seront posées pour déposer une demande de financement. Il ne constitue en aucun cas un formulaire de demande. Pour que votre requête soit recevable, vous devez compléter le formulaire en ligne.

-> Seul le bénéficiaire potentiel de la bourse peut compléter cette demande. Pour valider votre admissibilité, veuillez vérifier les critères ici: www.fondationduchudequebec.org/demandes-de-financement-bourses-de-formation-complementaire-fellowship/

-> Seules les candidatures ayant transmis tous les documents requis seront considérées.

-> Assurez-vous d'avoir en main tous les documents obligatoires, à joindre à la fin de votre demande (référence section #7).

-> Si vous quittez le formulaire, vos réponses ne seront pas sauvegardées.

Les questions avec un astérisque (*) sont obligatoires.

SECTION #2 INFORMATIONS SUR LE DEMANDEUR

Prénom *

Nom *

Courriel *

Fonction *

SECTION #3 FONCTIONS AU CHU DE QUÉBEC - UNIVERSITÉ LAVAL (CHU)

La prochaine section concerne votre confirmation de recrutement du CHU

Installation principale de pratique* [CHUL, HDQ, HSFA, HEJ, HSS, Autre]

Degré d'études complétées à ce jour* R3 à R5? R6 à R8? Je suis déjà en pratique active de la médecine dans un établissement de santé?

Depuis combien de temps êtes-vous en pratique active de la médecine dans un établissement de santé?

Spécialité médicales*

Département? *

Service clinique? *

SECTION #4 INFORMATIONS SUR LA FORMATION COMPLÉMENTAIRE

Nom de l'établissement hôte*

Ville et pays de l'établissement hôte*

Titre du poste à l'établissement hôte*

Titre du programme de formation complémentaire*

Date de début de la formation complémentaire*

Durée de la formation complémentaire * Inscrire le nombre de mois

Nombre d'heures de travail confirmées par semaine *

SECTION #5 OBJECTIFS ET IMPACTS

Quelles sont vos motivations dans le choix de l'établissement hôte * 500 caractères maximum

Quels sont les objectifs généraux du programme de formation complémentaire* 500 caractères maximum

Quels sont selon vous les impacts attendus sur les usagers, sur le personnel, sur l'expérience patient, etc. * 500 caractères maximum

SECTION #6 INFORMATIONS SUR LES FINANCEMENTS

L'établissement hôte exige-t-il que vous receviez un salaire pendant votre formation complémentaire?

Veuillez décrire les exigences de l'établissement hôte ainsi que le montage financier envisagé pour la réalisation de votre formation complémentaire. (Sources de financement prévues et/ou pressenties, montants estimés, contributions personnelles, etc.)

SECTION #7 DOCUMENTS DEMANDÉS ET ENGAGEMENT

Voici la liste des documents à transmettre à l'adresse octrois.fondation@chudequebec.ca au plus tard le 12 septembre 2025. Veuillez noter qu'en l'absence de ces documents, votre dossier sera considéré comme incomplet.

- Curriculum vitæ;
- Lettre de présentation et de motivation;
- Deux lettres de recommandation d'individus ayant suivi votre évolution au cours de votre formation en spécialité (directeur du département universitaire, directeur du programme de résidence, maître de stage, superviseur d'un projet de recherche, etc.).

Lire et signer

Tous les énoncés contenus dans la présente demande sont exacts et complets.

Je m'engage à signaler tout changement relatif à ma formation à la Fondation du CHU.

Je m'engage à informer la Fondation de la fin ou de l'abandon de ma formation. Si la formation n'est pas complétée, la Fondation demandera un remboursement de la bourse versée en trop au prorata des mois non complétés.

Je m'engage à reconnaître la contribution de la Fondation dans mes publications : articles, médias, conférences, etc.

Je m'engage à produire une preuve de réalisation de la formation complémentaire.

J'autorise la Fondation à diffuser publiquement le résumé vulgarisé de mes publications dans certaines communications ciblées par la Fondation (ex. : site web, réseaux sociaux, outils de communication, etc., le cas échéant).

J'autorise la Fondation à partager des informations concernant ma candidature avec le secteur des Effectifs médicaux de la Direction médicale et des services professionnels (DMSP).