

**RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

Sexe : Homme  Femme

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Deuxième prénom \_\_\_\_\_

Nom devant figurer dans la correspondance : \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Citoyenneté \_\_\_\_\_  
J M A

Adresse du bureau \_\_\_\_\_

N° de tél. \_\_\_\_\_ N° de télécop. \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

**NOM DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET ANNÉE D'OBTENTION DU DIPLÔME**

*(Veuillez joindre une photocopie de votre(vos) permis d'exercice de la médecine, ainsi qu'une traduction du document s'il est rédigé dans une autre langue que le français ou l'anglais)*

\_\_\_\_\_ année \_\_\_\_\_

**AUTRES UNIVERSITÉS FRÉQUENTÉES ET DIPLÔMES OBTENUS**

Établissement \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_ Diplôme \_\_\_\_\_ année \_\_\_\_\_

Établissement \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_ Diplôme \_\_\_\_\_ année \_\_\_\_\_

Établissement \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_ Diplôme \_\_\_\_\_ année \_\_\_\_\_

**RÉSIDENCE** Énumérez les établissements de résidence et les années de début et de fin de formation.

Établissement \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_ poste \_\_\_\_\_ années \_\_\_\_\_

Établissement \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_ poste \_\_\_\_\_ années \_\_\_\_\_

Établissement \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_ poste \_\_\_\_\_ années \_\_\_\_\_

Établissement \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_ poste \_\_\_\_\_ années \_\_\_\_\_

Établissement \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_ poste \_\_\_\_\_ années \_\_\_\_\_

**POSTES DE FELLOW (Fellowships)**

Établissement \_\_\_\_\_ année d'obtention \_\_\_\_\_

Établissement \_\_\_\_\_ année d'obtention \_\_\_\_\_

**AUTRE FORMATION POSTDOCTORALE**

Établissement \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_ poste \_\_\_\_\_ années \_\_\_\_\_

## CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Établissement \_\_\_\_\_ poste \_\_\_\_\_

Établissement \_\_\_\_\_ poste \_\_\_\_\_

## AFFILIATIONS HOSPITALIÈRES

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## AFFILIATIONS À DES SOCIÉTÉS MÉDICALES

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## CERTIFICATION EN DERMATOLOGIE *(Veuillez joindre une photocopie de vos documents de certification en dermatologie, ainsi qu'une traduction des documents s'il sont rédigés dans langue autre que le français ou l'anglais)*

Conseils internationaux \_\_\_\_\_ année \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ année \_\_\_\_\_

Fellow du CRMCC \_\_\_\_\_ année \_\_\_\_\_

CSPQ \_\_\_\_\_ année \_\_\_\_\_

Agrégé de l'American Academy of Dermatology \_\_\_\_\_ année \_\_\_\_\_

Conseils de dermato-pathologie \_\_\_\_\_ année \_\_\_\_\_

Autres \_\_\_\_\_ année \_\_\_\_\_

Permis d'exercice de la médecine \_\_\_\_\_

## RÉFÉRENCES : Deux membres en règle de l'ACD, si possible

Nom \_\_\_\_\_ N° de tél. \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ N° de tél. \_\_\_\_\_

## DOMAINES D'INTÉRÊT PARTICULIER :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dans quelle langue préférez-vous correspondre avec l'ACD ?

Français

Anglais

*La désignation de membre international est révoquée si le(la) candidat(e) déménage au Canada ou aux États-Unis.*

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_