

Demande d'obtention du titre de clinicien(ne) associé(e)

Je, soussigné(e), atteste répondre aux exigences professionnelles suivantes :

- Être inscrit au tableau de l'ordre professionnel de sa province.
- Détenir une expérience de travail avec permis d'exercice (à titre de pharmacien) pratiquant auprès des patients depuis au moins 1 an et une expérience d'au moins 4 mois dans son milieu comme pharmacien.
- N'avoir aucune restriction à son permis d'exercice et n'avoir jamais été radié.
- Avoir un dossier exempt de toute condamnation disciplinaire depuis au moins 3 ans.
- Avoir accumulé une moyenne de 10 UFC par année officiellement répertoriées par l'ordre professionnel de sa province. Dans le cas d'une formation non-répertoriée par l'ordre professionnel, soumettre au responsable facultaire pour une étude d'équivalence, un portfolio incluant la preuve d'inscription et la nature de la formation.
- Avoir réussi les formations de base obligatoires pour l'encadrement des étudiants ou en avoir les exemptions :
 - Processus de soins pharmaceutiques
 - Encadrement des étudiants en pharmacie

Je m'engage à :

- aviser la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal de tout changement quant aux exigences professionnelles et aux modifications de mes coordonnées personnelles et professionnelles durant la période de validité de mon titre;
- à encadrer des étudiants en stage dans le cadre des programmes de pharmacie.

La Faculté de pharmacie se réserve le droit de retirer le titre de clinicien associé à toute personne ne répondant pas aux exigences telles qu'établies ci-dessus.

NOM :	PRÉNOM :
No de permis de pratique :	Date de naissance :
Code permanent ou matricule :	Sexe : féminin <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/>
Graduation : Bacc., Pharm. D., Qep Année:	Endroit : U de M <input type="checkbox"/> U L <input type="checkbox"/>
Graduation : M.Sc. pratique pharm. Année:	Endroit : U de M <input type="checkbox"/> U L <input type="checkbox"/>
Numéro d'assurance sociale :	

Adresse personnelle

Adresse : _____

Ville : _____
Code postal : _____
Téléphone résidence : _____
Cellulaire : _____
Courriel : _____

Adresse professionnelle

Bannière ou établissement : _____
Nom du propriétaire : _____
ou nom de l'établissement : _____
Adresse : _____
Ville : _____
Code postal : _____
Téléphone : _____
Courriel du propriétaire : _____

En signant ce formulaire, j'autorise la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal à remettre mes coordonnées à l'OPQ afin que celui-ci procède à l'étude de mon dossier et j'autorise l'OPQ à transmettre à la Faculté les informations relatives aux exigences du titre de clinicien associé.

Signature

Date

Retourner le formulaire signé par courriel à clinicienassocie@pharm.umontreal.ca ou par télécopieur au 514-343-2019