**Consentement à la communication du dossier de formation et des formulaires d’évaluation de formation (ITER) du résident en vue d’un transfert interfacultaire**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :** |  |
| **Programme :** |  |
| **Niveau :** |  |
| **Courriel :** |  |

Dans le contexte de ma demande de transfert, j’autorise le Bureau de la formation médicale postdoctorale (FMPD) à communiquer les documents suivants aux facultés nommées ci-dessous :

* Formulaires d’évaluation de formation (ITER)
* Sommaire du dossier de formation (y compris les congés pris dans le cadre du programme)
* Sommaire concernant toutes mesures correctives et les résultats de celles-ci. S’il y a des enquêtes ou des appels en cours, l’autre faculté en sera informée.

*Je comprends que ces documents sont nécessaires à l’évaluation de ma demande de transfert par le programme. Ces documents seront fournis au(x) programme(s) visé(s).*

 **Demande de transfert 1**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de la faculté |  |
| Nom du programme |  |

 **Demande de transfert 2**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de la faculté |  |
| Nom du programme |  |

 **Demande de transfert 3**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de la faculté |  |
| Nom du programme |  |

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

Signature du résident/de la résidente Date

Veuillez retourner ce formulaire au Bureau de la formation médicale postdoctorale