

IDENTIFICATION DU RÉSIDENT : Veuillez compléter les informations suivantes :

Nom du résident : Niveau : # permis :
Adresse postale (pour l'envoi du remboursement) :
Programme de résidence : Titre du stage :
Port d'attache : Lieu du stage :
Dates du stage : Du : Au : Nombre de jours d'absence
durant le stage :

FRAIS DE TRANSPORT : Veuillez sélectionner le mode de transport utilisé lors de vos déplacements entre le port d'attache et le lieu du stage :

Transport en commun : Inscire le coût réel du moyen de transport : *

Véhicule automobile personnel : Inscire le nombre de km entre le port d'attache et le lieu du stage selon l'outil d'estimation des distances de Transport Québec <https://www.quebec511.info/fr/distances> : km

Si co-voiturage, inscrire le nom des deux (2) autres résidents :

Veuillez indiquer les dates durant lesquelles vous avez voyagé entre le port d'attache et le lieu du stage (vous avez droit à deux (2) allers-retours par période de stage) :

Date d'aller au début du stage : Date de retour en cours de stage :

Date d'aller en cours de stage : Date de retour à la fin du stage :

Coût total du transport : *
(incluant tous les allers-retours)

* Pièces justificatives requises sur le coût relié au transport en commun ou à l'utilisation du véhicule automobile personnel (ex.: factures d'essence, odomètre...).

FRAIS D'HÉBERGEMENT : Veuillez cocher l'une des deux (2) cases suivantes :

Logement fourni par la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ) ou par une Association de médecins résidents

Aucun logement fourni >>> Coût de l'hébergement : *

* Pièce justificative requise sur le coût du logement ; maximum de 580\$ remboursable par période de stage.

FRAIS DE SUBSISTANCE : Vous avez droit à une indemnité forfaitaire de 225\$ par période de stage pour compenser les frais encourus lors du déplacement.

À L'ATTENTION DU DIRECTEUR DE PROGRAMME :

J'atteste que le stage effectué par le résident, tel que décrit ci-haut, est un stage obligatoire exigé par le programme universitaire et relié aux compétences à acquérir en vue de l'obtention d'un certificat de spécialiste du Collège des médecins du Québec (CMQ), du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) ou du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC).

Nom du directeur du programme :

Signature du directeur du programme

Date

J'atteste que les informations inscrites dans ce formulaire sont véridiques et je m'engage à fournir les pièces justificatives appropriées aux circonstances du déplacement.

Signature du résident

Date

Je désire recevoir le remboursement par :

Chèque postal

Dépôt direct (veuillez compléter le formulaire d'adhésion au dépôt direct en pièce jointe)

SECTION RÉSERVÉE À LA DIRECTION DE L'ENSEIGNEMENT ET DES AFFAIRES UNIVERSITAIRES :

Autorisé par :

Signature du responsable

Date