

DEMANDE DE VÉRIFICATION À LA SOURCE DU DIPLÔME TERMINAL DE MÉDECINE

Suite à une modification du Règlement du CMC qui est en vigueur à compter de la session de l'automne 2008 de l'examen d'aptitude, partie II, du CMC (EACMC, partie II), la vérification à la source du diplôme de médecine (ou autre(s) document(s) acceptable(s)) est exigée dans le cas de TOUS les candidats qui s'inscrivent à l'EACMC, partie II.

Si vous êtes un(e) diplômé(e) américain(e) en médecine qui a subi l'EACMC, partie I, avant 2004 ou un(e) diplômé(e) international(e) en médecine qui a subi l'EACMC avant 2004 et l'EACMC, partie I, avant 2006, votre diplôme de médecine n'a probablement pas été soumis pour vérification à la source par le CMC. Si vous prévoyez vous inscrire à la l'EACMC, partie II, à l'avenir, veuillez remplir et soumettre le présent formulaire pour demander et autoriser le CMC d'envoyer votre diplôme de médecine à votre université/faculté de médecine pour vérification directe. Vous serez admissible à l'EACMC, partie II, uniquement si une réponse concernant la vérification a été obtenue de votre université/faculté de médecine. Dans le même ordre d'idées, si vous étiez un(e) étudiant(e) au moment de présenter votre dernière demande à un examen du CMC et que vous n'avez pas encore soumis votre diplôme terminal au CMC, vous devriez le faire dès que possible afin qu'il puisse être soumis pour vérification.

Renseignements personnels (veuillez dactylographier ou écrire en caractères d'imprimerie)

Matricule du CMC :

Nom de famille	Prénom(s)
Courriel (vous devez fournir une adresse électronique valide)	Numéro de téléphone
Pays de naissance	Date de naissance (aaaa/mm/jj)
Université / faculté de médecine / collège	Année d'obtention du diplôme
N° EICS (s'il y a lieu) :	N° USMLE/ECFMG (s'il y a lieu) :
Dernière demande présentée au CMC : <input type="checkbox"/> EECMC <input type="checkbox"/> EACMC, partie I <input type="checkbox"/> EACMC, partie II Session (mm/aaaa) : ___ / ___	
DEMANDE DE VÉRIFICATION À LA SOURCE (cochez-en une)	
<input type="checkbox"/> Veuillez exécuter une vérification à la source de la copie certifiée de mon diplôme terminal de médecine qui est dans mon dossier du CMC.*	
OU	
<input type="checkbox"/> Veuillez exécuter une vérification à la source de mon diplôme terminal de médecine, copie certifiée duquel accompagne le présent formulaire. Si mon diplôme original est dans une langue autre que l'anglais ou le français, je joins également une traduction qui a été effectuée selon les exigences du CMC.	
* Le CMC pourrait demander la soumission d'une nouvelle copie certifiée s'il n'y a pas une copie certifiée et/ou une traduction valides au dossier.	

AUTORISATION DE COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS POUR VÉRIFICATION DES TITRES DE COMPÉTENCES

Par la présente :

- J'autorise le CMC à obtenir, à utiliser, à retenir et à communiquer mes renseignements personnels, et à en disposer, afin de vérifier mes titres de compétences et d'établir le lien entre mon identité et lesdits titres de compétences, de la manière décrite dans la Politique du CMC sur la protection des renseignements personnels dont le texte est affiché dans le site Web du CMC;
- Sans limiter la portée générale de l'alinéa (1) ci-dessus, j'autorise le CMC à transmettre mes renseignements personnels (y compris les documents à l'appui de mes titres de compétences) à l'Educational Commission for Foreign Medical Graduates (« ECFMG ») à des fins de vérification ou de vérification à la source relativement à ma demande à cet égard;
- Sans limiter la portée générale des alinéas (1) et (2) ci-dessus, j'autorise le CMC à communiquer (i) mes renseignements personnels (notamment les rapports de vérification à la source reçus d'institutions d'enseignement médical) et (ii) tous les autres documents ayant trait à la vérification de mes titres de compétences, aux autorités responsables de l'enseignement médical, de la formation médicale, de l'octroi du permis d'exercice de la médecine et de vérification des titres de compétences, aux hôpitaux, aux cliniques, aux autres institutions et aux organisations médicales ainsi qu'aux autres tiers et organisations qui, de l'avis du CMC, ont un intérêt légitime à les connaître;
- J'autorise l'ECFMG à conserver les renseignements dans sa base de données afin (a) de répondre aux demandes ultérieures que pourra présenter le CMC pour la vérification ou la vérification à la source de mes renseignements relativement à ma demande de vérification à la source; (b) de répondre aux demandes faites à l'ECFMG par une autorité autre que le CMC, conformément à l'autorisation ou à la directive que j'aurai donnée, de vérifier mes titres de compétences ou de les vérifier à la source; et (c) d'accéder, à l'interne, aux parties des données qui ne sont pas des renseignements personnels afin de vérifier, à l'occasion, les titres de compétences d'autres personnes;
- J'autorise toutes les personnes, institutions, autorités responsables de l'enseignement médical, de la formation médicale, de l'octroi du permis d'exercice de la médecine et de la vérification des titres de compétences de tous les états, provinces ou pays où je suis ou ai été titulaire d'un permis d'exercice de ma profession, les hôpitaux, les cliniques et les autres établissements médicaux, les organisations gouvernementales (locales, étatiques, provinciales, fédérales et étrangères), les agences d'application de la loi ou les autres tiers et organisations ainsi que leurs représentants, à communiquer les renseignements, les dossiers, les relevés de notes et les autres documents qui ont trait à mes qualifications professionnelles et à mes compétences, à mon comportement et à mon caractère ainsi que tous les autres renseignements à mon sujet au CMC ou directement à l'ECFMG, au 3624 Market Street, Philadelphie, PA 19104, États-Unis. Afin de préciser ce qui précède, tous les renseignements, documents ou dossiers à mon sujet que le CMC a en sa possession sont visés par la présente autorisation et peuvent être utilisés par lui aux fins de vérification de mes titres de compétences.

S'il est déterminé que certains des titres de compétences qui sont fournis au CMC sont faux, frauduleux ou trompeurs, je conviens que le CMC pourra prendre les mesures qu'il juge appropriées; il pourra notamment, sans restriction, informer d'autres organisations responsables pour la délivrance de permis d'exercice de la médecine, organismes de réglementation, institutions d'enseignement ou de formation, organisations de vérification des titres de compétences, hôpitaux, cliniques, organisations et établissements médicaux qui utilisent les services de médecins, organisations gouvernementales (locales, étatiques, provinciales, fédérales ou étrangères), organismes d'application de la loi ou autres tiers et organisations ainsi que leurs représentants, qui de l'avis du CMC ont un intérêt légitime pour obtenir ces renseignements.

Signature _____ Date _____

Photographie : Si votre dernière demande au CMC a été soumise pour un examen avant 2004 (voir ci-dessus), veuillez joindre une photographie en couleurs récente (prise il y a moins de 6 mois), de format et qualité passeport. La photographie sera envoyée à l'université/la faculté de médecine avec la demande de vérification à la source aux fins d'identification.

Documentation supplémentaire : Selon la documentation qui figure au dossier du candidat, le CMC se réserve le droit de demander de la documentation supplémentaire, y compris, entre autres, une copie certifiée et traduite du diplôme, une photographie, une pièce d'identité émise par le gouvernement, etc.

Si vous devez soumettre une photographie (voir à la gauche), veuillez l'attacher ici à l'aide d'un morceau de ruban adhésif (le long du bord supérieur, sans couvrir le visage).