

Programme de lancement de carrière pour les adjoints au médecin (AM) 2021

FORMULAIRE CONCERNANT LES PERSONNES-RESSOURCES, LE RECRUTEMENT ET LES DOCUMENTS FINANCIERS

Instructions :

Sachez que vous devez envoyer le présent formulaire dûment rempli et un chèque annulé pour que votre demande d'admission au Programme de lancement de carrière pour les AM 2021 soit examinée. Seuls les employeurs approuvés par le ministère sont admissibles et l'AM doit être un diplômé de l'année en cours d'un programme ontarien.

1. Veuillez examiner les lignes directrices du Programme de lancement de carrière pour les AM 2021, à : http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/hhrsd/physicians/physician_assistant_career_start.aspx
2. Veuillez remplir toutes les sections applicables du présent formulaire.
3. Assurez-vous que le nom de l'entité légale correspond au nom inscrit sur le chèque annulé. Aucun chèque annulé n'est requis si votre organisation a déjà un compte de paiement auprès du ministère de la Santé. Veuillez fournir le nom et les détails du compte.
4. Envoyez par courriel des copies électroniques du présent formulaire, ainsi qu'un chèque annulé, au Programme des AM du ministère de la Santé, à l'adresse suivante : PACareerStart@Ontario.ca. Veuillez soumettre le formulaire et un chèque annulé une fois que l'AM a commencé son emploi et au plus tard le 31 décembre 2021. Les formulaires soumis en retard ne seront pas examinés.

Programme de lancement de carrière pour les adjoints au médecin (AM) 2021

FORMULAIRE CONCERNANT LES PERSONNES-RESSOURCES, LE RECRUTEMENT ET LES DOCUMENTS FINANCIERS

Attention :

Un chèque annulé ET le présent formulaire dûment rempli doivent être envoyés par courriel au ministère de la Santé à PACareerStart@Ontario.ca une fois que l'AM a commencé son emploi et au plus tard le 31 décembre 2021.

<u>Organisation et personne-ressource</u>	
Nom légal de l'organisation (doit correspondre au nom fourni sur le chèque annulé) :	
Courriel de la personne-ressource principale :	
Adresse postale (où le contrat sera envoyé)	
Adresse 1 :	
Adresse 2 :	
Ville :	
Province :	
Code postal :	
À l'attention de :	
N° de téléphone :	
N° de télécopieur :	

médecin (AM) 2021

FORMULAIRE CONCERNANT LES PERSONNES-RESSOURCES, LE RECRUTEMENT ET LES DOCUMENTS FINANCIERS

<u>Renseignements du signataire</u>	Signataire du contrat n° 1 (autorisé à signer le contrat) :	Signataire du contrat n° 2 (le cas échéant) :
Nom :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Titre :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Courriel :	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<u>Documents financiers</u>	Signataire financier n° 1 (autorisé à signer les documents financiers) :	Signataire financier n° 2 (le cas échéant) :
Nom :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Titre :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Courriel :	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<u>Personne-ressource pour la confirmation mensuelle</u>	Personne-ressource n° 1 pour la confirmation (pour les confirmations mensuelles) :	Personne-ressource n° 2 pour la confirmation (le cas échéant) :
Nom :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Titre :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Courriel :	<input type="text"/>	<input type="text"/>

médecin (AM) 2021

FORMULAIRE CONCERNANT LES PERSONNES-RESSOURCES, LE RECRUTEMENT ET LES DOCUMENTS FINANCIERS

<u>Recrutement</u>	
Nombre de curriculum vitae de McMaster reçus :	
Nombre de curriculum vitae du Consortium reçus :	
Nombre d'entrevues menées :	
Nombre d'offres d'emploi présentées :	

<u>Embauche</u>	
Nom de l'AM :	
Date de début de l'AM :	
Salaire annuel :	
La période d'emploi est-elle de 2 ans?	Oui/Non

Programme de lancement de carrière pour les adjoints au médecin (AM) 2021

FORMULAIRE CONCERNANT LES PERSONNES-RESSOURCES, LE RECRUTEMENT ET LES DOCUMENTS FINANCIERS

Renseignements bancaires (exigés par le ministère de la Santé pour verser les dépôts électroniques mensuels)

<u>BANQUE / INSTITUTION FINANCIÈRE</u>	
Nom :	
Adresse 1 :	
Adresse 2 :	
Ville :	
Province :	
Code postal :	
N° de succursale :	
N° de banque :	
N° de compte :	
<u>Renseignements obligatoires – Numéro d’entreprise de l’Agence du revenu du Canada (NE – ARC)</u>	
NE – ARC (Oui/Non) Si oui, inscrire le numéro ci-dessous	
NE – ARC	

Attention :

Un chèque annulé ET le présent formulaire dûment rempli doivent être envoyés par courriel au ministère de la Santé à PACareerStart@Ontario.ca une fois que l’AM a commencé son emploi et au plus tard le 31 décembre 2021.