

|  |
| --- |
| **Vous trouverez des renseignements supplémentaires sur la désignation sur la page Web du programme.** |
|  |

**Exigences de la voie de la reconnaissance des acquis :**

* Posséder dix (10) ans ou plus d’expérience progressive de leadership dans des postes de cadre supérieur ou de direction.
* Présenter un bilan de réalisations en formation continue.
* Avoir contribué de façon avérée, importante et de grande portée en matière de leadership.

Veuillez lire ce document au complet. Vous devrez prévoir du temps et planifier votre demande. Les candidats doivent remplir toutes les sections en caractères d’imprimerie seulement. Outre le présent formulaire, vous devrez remplir une autoévaluation de votre leadership et trouver trois répondants – des étapes qui prennent du temps et de la réflexion.

Les parrains du programme – Joule inc., une société de l’Association médicale canadienne, et la Société canadienne des leaders médicaux (SCLM) – protégeront les renseignements personnels recueillis au moyen de ce formulaire et les utiliseront seulement pour évaluer les demandes. Joule et la SCLM se réservent au besoin le droit de vérifier tous les renseignements fournis dans la demande.

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec le secrétariat du CCPE au 613 369-8322, poste 200, ou à l’adresse deirdre@physicianleaders.ca. Nous nous attendons à recevoir votre demande avant la date limite fixée au 31 octobre 2018.

SECTION A : COORDONNÉES

|  |
| --- |
| Nom :  |
| Adresse personnelle :  |
| Ville : \_\_\_\_ | Province : \_\_\_\_ | Code postal : |
| Adresse courriel : | Numéro de télécopieur : |
| Téléphone à la maison :  | Téléphone au travail : |
| Téléphone principal : □ Maison □ Travail |
| Adresse postale principale : □ Maison (comme ci-dessus)*□ Travail (indiquer ici)* |

SECTION B : ADHÉSIONS

Je suis membre en règle des organisations suivantes :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Association médicale canadienne  | **☐ Oui** | **☐ Non** |
| Société canadienne des leaders médicaux | **☐ Oui** | **☐ Non** |

***N.B. Vous devez être membre de l’AMC et de la SCLM pour présenter une demande.***

SECTION C : ÉTUDES

1. **Éducation médicale**

|  |
| --- |
| Faculté de médecine : |
| Pays/province : | Année d’obtention du diplôme : |
| Numéro d’enregistrement auprès de l’ordre des médecins  | Province : \_\_\_\_ |

1. **Certification**

 □ Collège des médecins de famille du Canada

 □ Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

|  |
| --- |
| Veuillez indiquer la spécialité : |

1. **Autres études**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Établissement d’enseignement | Grade, diplôme ou certificat | Année |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Éducation continue ou développement professionnel**

Énumérez vos expériences de formation pertinentes en leadership (au plus 150 mots).

|  |
| --- |
|  |

SECTION D : EXPÉRIENCE DE TRAVAIL

Veuillez énumérer tous les postes que vous avez occupés au cours des cinq dernières années et décrire votre principale responsabilité pour chacun *(soyez bref, puisque nous pouvons consulter votre CV).*

|  |
| --- |
|  |

SECTION E : CURRICULUM VITÆ

Il faut joindre à votre demande votre curriculum vitæ à jour. Veuillez fournir des versions annotées ou abrégées seulement. De préférence, votre curriculum vitæ doit décrire clairement votre expérience en leadership et son évolution, vos activités courantes d’éducation continue et vos réalisations clés. Donnez suffisamment de détails pour permettre aux membres de notre comité d’évaluation par les pairs de prendre une décision éclairée.

SECTION F : RÉFÉRENCES

Le processus d’évaluation du CCPE requiert trois (3) répondants. Les formulaires remplis par ces répondants sont une composante importante de votre dossier de demande. Il faut inviter trois personnes de contextes différents (votre supérieur actuel, un collègue médecin et une personne de votre choix) à participer et à fournir ainsi une opinion objective sur votre candidature. Les répondants que vous choisissez doivent pouvoir :

* attester pleinement vos compétences en leadership observées en milieu de travail (compétences, connaissances et aptitudes);
* fournir des exemples et des éléments de preuve concrets de votre leadership pour les 20 compétences qu’ils évaluent.

**Directives concernant vos répondants**

Après avoir choisi vos répondants et confirmé leur disponibilité, il vous incombe de leur remettre votre formulaire d’évaluation dûment rempli et de leur demander de remplir les parties qui les concernent (toutes les parties de teinte bleutée). Il faut leur dire de remplir l’évaluation avant l’échéance et de la soumettre directement au secrétariat du CCPE (les coordonnées sont indiquées à la fin du présent document).Tous les renseignements reçus au secrétariat sont traités de manière strictement confidentielle.

Veuillez accorder suffisamment de temps à vos répondants pour effectuer leur évaluation. Tous les documents de l’évaluation doivent être présentés au plus tard le 31 octobre 2018. (N.B. Aucune demande de CCPE ne sera considérée comme complète ni ne sera étudiée sans les évaluations de trois répondants.)

Dans l’espace ci-dessous, veuillez identifier vos trois répondants. Nous ferons le suivi des références et nous vous aviserons de tout retard, le cas échéant.

|  |
| --- |
| **1. Nom de votre supérieur actuel**Titre :Organisation :Coordonnées : |
| **2. Nom du collègue médecin**Titre :Organisation :Coordonnées : |
| **3. Nom du troisième répondant** (Personne de votre choix. N’oubliez pas que cette personne doit pouvoir formuler des commentaires sur vos capacités de leadership dans les domaines « Former des coalitions » et « Transformer les systèmes ».)Titre :Organisation :Coordonnées : |

SECTION G : DESCRIPTION DU POSTE OU DU RÔLE ET ORGANIGRAMME

Veuillez décrire les postes ou les rôles que vous occupez actuellement et joindre la description officielle du poste. Vous devez fournir un organigramme (ou l’équivalent) sur lequel votre poste est clairement indiqué.

|  |
| --- |
|  |

SECTION H : AUTOÉVALUATION ET ÉVALUATION PAR LES RÉPONDANTS DES CAPACITÉS DE LEADERSHIP

Votre autoévaluation et l’évaluation par les répondants sont fondées sur les compétences du [*Cadre LEADS… Diriger dans un milieu de soins*](https://joule.cma.ca/fr/leads.html).Veuillez remplir le formulaire d’évaluation 2018.

SECTION I : VOTRE PARCOURS EN LEADERSHIP

Où pensez-vous que vos objectifs en leadership vous mèneront au cours des cinq prochaines années (au plus 300 mots)?

|  |
| --- |
|  |

SECTION J : DÉCLARATION D’EXONÉRATION, D’ACCORD ET D’INDEMNISATION

Veuillez cocher (√) les cases appropriées, puis signer et dater le formulaire. Dans le cadre de la présente demande :

□ **Je dégage de toute responsabilité Joule et la SCLM et leurs dirigeants, directeurs, affiliés, agents, employés et fournisseurs d’information à mon sujet et j’accepte de les protéger et de les indemniser en cas de réclamations, coûts, dépenses, demandes, actions ou responsabilités découlant de gestes posés de bonne foi et sans intention de nuire relativement à la fourniture, à la collecte et à l’évaluation des renseignements et des opinions, sollicités ou non, pour ma demande de certification de médecin gestionnaire canadien (CCPE).**

□ **En outre, je déclare et garantis que les renseignements indiqués dans cette demande sont exacts et complets. Si j’obtiens le titre de CCPE, j’accepte de respecter les politiques et les règles régissant la certification de CCPE (qui peuvent parfois être modifiées) et je conviens que les présents dégagements de responsabilité et accords demeureront en vigueur lors de toute évaluation de mon admissibilité à la certification continue (ou à la recertification) de CCPE.**

□ **J’atteste être médecin en « règle » selon la définition de l’ordre professionnel de ma province.**

|  |
| --- |
|  |
| *SIGNATURE* | *DATE* |

SECTION K : FRAIS DE DEMANDE OU D’ÉVALUATION

 Vous devez régler les frais de demande d’évaluation avant la date limite du 31 octobre 2018.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Voie d’obtention de la désignation** | **Frais de demande ou d’évaluation** | **Taxes applicables\*** | **Total\*** |
| Voie de la reconnaissance des acquis |  1050 $ | XXX $ | XXX $ |

 \* Le calcul des taxes et du total à payer s’effectuera automatiquement lors du paiement en ligne. Si vous payez par chèque, les frais sont les suivants :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Alb., C.-B., Man, T. N.‑O., Yuk., Nun., Sask. (5 %) | Ont. (13 %) | N.-B., T.‑N.‑L., N.‑É., Î.-P.-É. (15 %) | Qc (TPS 5 % + TVQ 9,975 %) |
| 1050,00 $ +52,50 $ = **1102,50 $** | 1050,00 $ + 136,50 $ = **1186,50 $** | 1050,00 $ + 157,50 $ = **1207,50 $** | 1050,00 $ + 52,50 $ + 104,74 $ = **1207,24 $** |

Deux modes de paiement s’offrent à vous. Veuillez indiquer celui que vous choisissez :

 □ Chèque inclus (Le montant est payable à l’ordre de la Société canadienne des leaders médicaux). Veuillez joindre le chèque à votre demande.

 □ Carte de crédit (Visa, MasterCard ou Amex seulement). Vous trouverez plus de détails sur la page Web du programme à l’adresse <https://joule.cma.ca/fr/apprentissage/certification.html>.

Envoyez le paiement, le formulaire de demande rempli, votre autoévaluation, votre CV et les autres documents demandés à l’adresse deirdre@physicianleaders.ca. Vous pouvez également expédier votre demande et les documents connexes par la poste à l’adresse ci-dessous. *Veuillez conserver une copie de votre dossier de demande complet dans vos archives.* Nous accuserons réception de votre dossier de demande le plus tôt possible.

***SI VOUS AVEZ DES QUESTIONS, N’HÉSITEZ PAS À COMMUNIQUER AVEC LE SECRÉTARIAT DU CCPE :***

|  |  |
| --- | --- |
| *Untitled-1-01* | **Par courriel : deirdre@physicianleaders.ca**  |
| *Untitled-1-03* | **Par téléphone : 613 369-8322, poste 200** |
|  |  |
| *Untitled-1-02* | **Par la poste :**Secrétariat du CCPEa/s de la Société canadienne des leaders médicaux875, avenue Carling – Bureau 323Ottawa (Ontario) K1S 5P1 |

LISTE DE VÉRIFICATION DE LA DEMANDE DE CCPE

Utilisez cette liste de vérification pour vous assurer d’avoir rempli toutes les sections requises de la demande de CCPE et fourni tous les documents exigés.

**Demande**

□ Je suis membre de l’AMC et de la SCLM.

□ J’ai fourni tous les renseignements demandés aux pages 1 à 7.

□ J’ai donné les noms de trois répondants et leurs coordonnées exactes.

□ J’ai signé et daté la déclaration de dégagement de responsabilité, d’accord et d’indemnisation (section J).

□ J’ai joint le paiement à la demande.

**Documents d’accompagnement joints :**
□ Curriculum vitæ

□ Autoévaluation du leadership du candidat (votre section dûment remplie du formulaire d’évaluation 2018)

□ Description de fonctions et résumé de votre poste ou rôle actuel

□ Organigramme (ou l’équivalent)