



Université d'Ottawa  
University of Ottawa



FACULTÉ DE MÉDECINE  
FACULTY OF MEDICINE

**DEMANDE D'ADMISSION  
À LA FORMATION POSTDOCTORALE**

***APPLICATION  
FOR POSTGRADUATE TRAINING***

**FACULTÉ DE MÉDECINE  
UNIVERSITÉ D'OTTAWA**  
451 CHEMIN SMYTH  
OTTAWA (ONTARIO) CANADA  
K1H 8M5

**FACULTY OF MEDICINE  
UNIVERSITY OF OTTAWA**  
451 SMYTH ROAD  
OTTAWA, ONTARIO, CANADA  
K1H 8M5

FACULTY OF MEDICINE  
FACULTÉ DE MÉDECINE



**PROGRAMS OFFERED – PROGRAMMES OFFERTS**

Revised: December 21, 2011

**SPECIALTIES – SPÉCIALTIÉS**

Anatomical Pathology Anatomo-pathologie	Anesthesiology Anesthésiologie	Cardiac Surgery Chirurgie cardiaque
Dermatology Dermatologie	Diagnostic Radiology Radiologie diagnostique	Emergency Medicine Médecine d'urgence
Family Medicine Médecine familiale	General Pathology Pathologie générale	General Surgery Chirurgie générale
Hematological Pathology Pathologie hématologique	Internal Medicine Médecine interne	Medical Genetics Génétique médicale
Medical Microbiology Microbiologie médicale	Neurology (Adult) Neurologie (adulte)	Neurosurgery Neurochirurgie
Nuclear Medicine Médecine nucléaire	Obstetrics and Gynecology Obstétrique-gynécologie	Ophthalmology Ophtalmologie
Orthopedic Surgery Chirurgie orthopédique	Otolaryngology – Head & Neck Surgery Oto-rhino-laryngologie	Pediatric Neurology Neurologie (pédiatrie)
Pediatrics Pédiatrie	Physical Medicine and Rehabilitation Médecine physique et réadaptation	Plastic Surgery Chirurgie plastique
Psychiatry Psychiatrie	Public Health and Preventative Medicine Santé publique et médecine préventive	Radiation Oncology Oncologie radiologique
Urology Urologie	Vascular Surgery * Chirurgie vasculaire	

**SUBSPECIALTIES – SOUS-SPÉCIALITÉS**

Cardiology (Adult) Cardiologie (adulte)	Care of the Elderly Soins aux personnes âgées	Colorectal Surgery Chirurgie colorectale
Critical Care Medicine (Adult) Médecine de soins intensifs (adulte)	Endocrinology and Metabolism (Adult) Endocrinologie et métabolisme (adulte)	Family Medicine / Emergency Medicine Médecine familiale / Médecine d'urgence
Family Medicine / Enhanced Skills Médecine familiale	Gastroenterology Gastroentérologie	Geriatric Medicine Gériatrie
Gynecologic Oncology Oncologie gynécologique	Gynecological Reproductive Endocrinology and Infertility Endocrinologie gynécologique et la reproduction et de l'infertilité	Hematology Hématologie
Infectious Diseases (Adult) Maladies infectieuses (adulte)	Maternal-Fetal Medicine Médecine maternelle et foetale	Medical Oncology Oncologie médicale
Neonatal-Perinatal Medicine Médecine néonatale et périnatale	Nephrology (Adult) Néphrologie (adulte)	Neuroradiology Neuroradiologie
Pediatric Cardiology Cardiologie (pédiatrie)	Pediatric Critical Care Medicine Médecine de soins intensifs (pédiatrie)	Pediatric Emergency Medicine Médecine d'urgence (pédiatrie)
Pediatric Endocrinology and Metabolism Endocrinologie et métabolisme (pédiatrie)	Pediatric Surgery Chirurgie pédiatrique	Pediatric Hematology / Oncology Hématologie / Oncologie (pédiatrie)
Pediatric Infectious Diseases Maladies infectieuses (pédiatrie)	Pediatric Nephrology Néphrologie (pédiatrie)	Respirology Pneumologie
Rheumatology Rhumatologie	Thoracic Surgery Chirurgie thoracique	Transfusion Medicine Médecine transfusionnelle
Vascular Surgery * Chirurgie vasculaire		

\*Vascular Surgery is both a specialty and a subspecialty program

**SPECIAL PROGRAMS  
PROGRAMMES SPÉCIAUX**

Clinician Investigator Program / Programme de formation de cliniciens-chercheurs

Palliative Medicine/ Médecine palliative



DEMANDE D'ADMISSION À LA FORMATION POSTDOCTORALE  
APPLICATION FOR POSTGRADUATE TRAINING

(Écrivez en caractères d'imprimerie - Please print)

PROGRAMME DEMANDÉ PROGRAM REQUESTED	<input type="checkbox"/> SPÉCIALITÉ SPECIALTY _____ (Précisez - Specify)	<input type="checkbox"/> SOUS-SPÉCIALITÉ SUBSPECIALTY _____ (Précisez - Specify)	<input type="checkbox"/> AGRÈMENT SANS CERTIFICAT ACCREDITATION WITHOUT CERTIFICATION _____ (Précisez - Specify)
Stage de résidence demandé : Residency level requested		<input type="checkbox"/> Associé/e clinique Clinical Fellowship	<input type="checkbox"/> Associé/e de recherche Research Fellowship

**DONNÉES PERSONNELLES - PERSONAL DATA**

Nom de famille - Surname		Prénoms - Given names		N° d'étudiant/e (U.O.) - Student No. (U.O.)	
Adresse postale Mailing address	N° et rue No. and street	Prov. / Pays Prov. / Country		App. Apt.	Code postal - Postal code
	Ville City				
Ind. rég. et n° de tél. Area code and tel. no.	À domicile At home	Au travail At work	Courriel - E-mail		
Sexe Sex	Date de naissance Date of birth	N° d'assurance sociale Social Insurance No.			
		Année - Year	Mo.	Jr - Day	
Langue maternelle Mother tongue	<input type="checkbox"/> Français French	<input type="checkbox"/> Anglais English	<input type="checkbox"/> Autre Other	Langue de correspondance Language of correspondence	<input type="checkbox"/> Français French
					<input type="checkbox"/> Anglais English
Pays de naissance : Country of birth			Pays de citoyenneté : Country of citizenship		
Si non canadien/ne, indiquez la date de votre entrée au Canada If non-canadian, indicate date of arrival into Canada		Si non canadien/ne, précisez votre statut actuel If non-Canadian, specify your current status		<input type="checkbox"/> Résident/e permanent/e Permanent Resident	<input type="checkbox"/> Permis de séjour (Visa d'études) Student Authorization (Student Visa)
Année - Year		Mo.		<input type="checkbox"/> Visa diplomatique Diplomatic Visa	<input type="checkbox"/> Permis de travail Work Permit
				<input type="checkbox"/> Autre (précisez) Other (specify)	

**DONNÉES SCOLAIRES\* - ACADEMIC DATA\***

	INSTITUTION	ENDROIT - LOCATION	GRADE - DEGREE	ANNÉE - YEAR
PRÉ-MÉDICALE PREMEDICAL				
MÉDICALE MEDICAL				

\* - Vous pouvez également joindre votre curriculum vitae. Veuillez demander à vos anciennes écoles de médecine de faire parvenir vos relevés de notes au directeur ou à la directrice du programme en cause.  
- You may also attach a résumé. Please arrange for your previous medical schools to forward your transcripts to the director of the program concerned.

**FORMATION POSTDOCTORALE - POSTGRADUATE TRAINING**

PROGRAMME ET UNIVERSITÉ PROGRAM AND UNIVERSITY		ENDROIT LOCATION	DE - FROM	À - TO
<input type="checkbox"/> ES1 OU INTERNAT PGY-1 OR INTERNSHIP				
STAGE DE RÉSIDENTE  RESIDENCY LEVEL	1 <sup>re</sup> année 1 <sup>st</sup> year			
	2 <sup>e</sup> année 2 <sup>nd</sup> year			
	3 <sup>e</sup> année 3 <sup>rd</sup> year			
	4 <sup>e</sup> année 4 <sup>th</sup> year			
	5 <sup>e</sup> année 5 <sup>th</sup> year			
	6 <sup>e</sup> année 6 <sup>th</sup> year			
	7 <sup>e</sup> année 7 <sup>th</sup> year			
	8 <sup>e</sup> année 8 <sup>th</sup> year			

Autre formation / expérience / publication(s)  
Other training / experience / publication(s)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Le Collège Royal ou le Collège des médecins de famille du Canada ont-ils jusqu'à présent évalué votre formation?  
Have you had your training thus far assessed by the Royal College or the College of Family Physicians of Canada?

Non  
No

Oui  
Yes

Si oui, veuillez joindre une photocopie du rapport.  
If so, please attach a photocopy of the report.

**EXAMENS ET LICENCE - EXAMS AND LICENCE**

Avez-vous subi et réussi l'examen?  
Have you taken and successfully passed the exam?

Un examen d'entrée  
A qualifying exam  Non / No  Oui / Yes N° : \_\_\_\_\_

L'examen du Conseil médical du Canada  
The Medical Council of Canada evaluating exam  Non / No  Oui / Yes N° : \_\_\_\_\_

Le "Test of English as a Foreign Language (TOEFL)"  
The Test of English as a Foreign Language (TOEFL)  Non / No  Oui / Yes Résultat / Score : \_\_\_\_\_

Le "Test of Spoken English (TSE)"  
The Test of Spoken English (TSE)  Non / No  Oui / Yes Résultat / Score : \_\_\_\_\_

Détenez-vous un permis d'exercice de la médecine en Ontario?  
Are you licenced to practice medicine in Ontario?

Non / No

Oui / Yes

N° : \_\_\_\_\_

**RÉFÉRENCES - REFERENCES**

Donnez le nom de trois (3) médecins qui ont participé à votre formation et à qui on a demandé des lettres de recommandation. Il incombe au candidat ou à la candidate d'assurer que les lettres parviennent directement au directeur ou à la directrice du programme en cause. (N.B. : S'il s'agit d'un programme reconnu, une des références doit être le directeur ou la directrice du programme.)

Give the names of three (3) doctors who have participated in your training and who have been asked to send letters of reference. It is the applicant's responsibility to ensure that letters of reference are sent directly to the Director of the program concerned. (N.B.: If this is a recognized program, one of the references must be the Program Director.)

	Nom - Name	Titre - Title	Ind. Rég. & n° de tél. - Area code & tel. no.
1			
2			
3			



Je certifie que les renseignements ci-dessus sont complets et exacts, incluant ma déclaration de citoyenneté et de statut au Canada. Toute fausse déclaration de ma part entraînera l'annulation de mon admission / inscription. Si je suis nommé/e, j'accepte d'observer tous les règlements de l'Université d'Ottawa et de l'hôpital (des hôpitaux) où doit se faire ma formation.

I certify that the above information is true and complete, including my declaration of citizenship and status in Canada. Any false declaration on my part will result in the cancellation of my admission / registration. If appointed, I agree to abide by all regulations of the University of Ottawa and the hospital(s) in which my training will take place.

\_\_\_\_\_ Date

\_\_\_\_\_ (Candidat/e)

\_\_\_\_\_ Signature

\_\_\_\_\_ (Applicant)