

**DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE TRANSPORT, DE SUBSISTANCE ET D'HÉBERGEMENT
EN VERTU DE L'ANNEXE III DE L'ENTENTE COLLECTIVE DES MÉDECINS RÉSIDENT·E·S
(à remettre à l'établissement dans lequel le stage est effectué)**

IDENTIFICATION DU RÉSIDENT OU DE LA RÉSIDENTE :

1. Nom : _____ 2. N° de carte de stage : _____
3. Adresse postale (pour l'envoi du remboursement) : _____
4. Spécialité : _____
5. Port d'attache (milieu principal de formation) : _____

INFORMATION SUR LE STAGE:

6. Stage : _____ 7. Période(s) : _____
8. Lieu du stage (établissement et ville) : _____

9. Le logement était fourni :

Par l'établissement : _____

Par la FMRQ : _____

Aucun logement fourni : _____

10. Veuillez indiquer les dates durant lesquelles vous avez voyagé entre votre lieu de stage et votre port d'attache. Vous avez droit à deux allers-retours par période de 28 jours, incluant l'aller-retour au début et à la fin du stage. Fournir les pièces justificatives.

Date d'aller au stage : _____

Date d'aller au port d'attache : _____ Date de retour au stage : _____

Date d'aller au port d'attache : _____ Date de retour au stage : _____

Date d'aller au port d'attache : _____ Date de retour au stage : _____

Date d'aller au port d'attache : _____ Date de retour au stage : _____

Date de retour au port d'attache : _____

Signature du résident ou de la résidente

Date

À L'ATTENTION DU DIRECTEUR OU DE LA DIRECTRICE DE PROGRAMME (obligatoire)

J'atteste que le stage effectué par le résident ou la résidente, tel que décrit ci-dessus, est un stage obligatoire.

Nom du directeur ou de la directrice
de programme ou de son représentant·e

Signature du directeur ou de la directrice de
programme ou de son représentant·e