



FORMULAIRE D'ENGAGEMENT

**DEMANDE D'ADHÉSION AU PROGRAMME DE BOURSES DE CERTAINS PROFESSIONNELS ET
TECHNICIENS DE LA SANTÉ EN RÉGIONS ÉLOIGNÉES**

Veillez préciser la région concernée :

Bas St-Laurent (01) Abitibi-Témiscamingue (08) Côte-Nord (09) Nord-du-Québec (10) Gaspésie - Îles-de-la-Madeleine (11)

Nom de famille (en caractères d'imprimerie)			Prénom (en caractères d'imprimerie)		
Date de naissance		N° d'assurance sociale		Sexe	
Année	Mois	Jour	_____ - _____ - _____	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>
Lieu de naissance (ville)			Province	Pays	
Citoyenneté canadienne		Avez-vous le statut de résident permanent ?		Si oui, depuis quand ?	
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Domicilié(e) au Canada depuis quand ?	
Domicilié(e) au Québec depuis quand ?		Adresse (permanente)			
		N° Rue app. Ville Code postal			
Téléphone :					
(____) _____ - _____					
Adresse (pendant études)		Téléphone :			
		N° Rue app. Ville Code postal			
		(____) _____ - _____			
Adresse courriel (obligatoire) : _____					
Je, soussigné(e), déclare faire au ministère de la Santé et des Services sociaux une demande de bourse d'études pour l'année académique :					
1 an <input type="checkbox"/>		2 ans <input type="checkbox"/>		Programme d'études : _____	
(2014-2015)		(2014-2016)			

Engagement à fournir des services

Si j'obtiens la bourse demandée, je m'engage à fournir, au terme de mes études, **trois (3) années de service à temps complet**, à œuvrer dans mon domaine d'études, dans l'établissement pour lequel j'ai été parrainé.

Si j'abandonne mes études ou si je manque à mon engagement, je m'engage à rembourser à l'établissement de santé et des services sociaux le montant total de la bourse reçue ou la partie de ce montant calculée proportionnellement au temps où je n'aurai pas fourni les services pour lesquels je me suis engagé(e), plus les intérêts, lesquels seront alors calculés à partir de la date de l'abandon ou du manquement à mon engagement. Le taux d'intérêt applicable sera égal au taux fixé en vertu de l'article 28 de la Loi sur le ministère du Revenu du Québec (L.R.Q., c. M-31).

Autorisation pour l'échange de renseignements

J'autorise, pour la durée de mon engagement, le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Agence de la santé et des services sociaux et l'établissement à s'échanger mutuellement les renseignements qui me concernent et dont la communication est nécessaire à l'évaluation, à l'application et au respect de cet engagement.

Changement d'adresse

Je m'engage à aviser l'établissement de la santé et des services sociaux, dans les 30 jours, de tout changement d'adresse de ma résidence, et ce, depuis la signature des présentes jusqu'à la fin de mon engagement.

Fait à _____, le _____
(ville) (date)

Signature du candidat : _____

Considérant la demande de bourses que vous déclarez avoir faite, l'agence et l'établissement prennent acte de cet engagement et le transmettra au :

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction de la planification de la
main-d'œuvre et du soutien au changement
À l'attention de madame Guilnar Boyadjian
3700, rue Berri, bureau 300
Montréal (Québec) H2L 4G9
guilnar_boyadjian@ssss.gouv.qc.ca

Signature du représentant de l'agence

Date

Nom du représentant de l'agence
(en caractères d'imprimerie)

Signature du représentant de l'établissement

Date

Nom de l'établissement
(en caractères d'imprimerie)

Nom du représentant de l'établissement
(en caractères d'imprimerie)

Réservé au ministère de la Santé et des Services sociaux

Signé à _____, le _____
(ville) (date)

Signature du fonctionnaire autorisé : _____