

DEMANDE D'ADHÉSION

Par la présente, je demande à devenir membre de la Société des experts en évaluation médico-légale du Québec et je m'engage à me conformer au Code de déontologie de la Société. Je reconnais exercer ma spécialité depuis au moins huit (8) ans et je vous soumetts les documents suivants, tel que requis, pour l'étude de candidature :

1. Une photographie récente.
2. Mon curriculum vitae.
3. Un chèque, non remboursable, au montant de cent cinquante dollars (150 \$) payable à la *Société des experts en évaluation médico-légale du Québec* pour défrayer les coûts d'étude de mon dossier.
4. Six (6) copies d'expertises réparties sur deux (2) ans, dont pas plus de deux (2) provenant du même mandant.
5. Je soumetts ci-dessous les noms de deux membres actifs de la Société qui acceptent de parrainer ma candidature et à qui vous ferez parvenir le questionnaire prévu :

Dr _____ Spécialité : _____

Dr _____ Spécialité : _____

Je reconnais que ces expertises seront étudiées et évaluées par le Comité des Membres de la Société des experts en évaluation médico-légale du Québec.

J'accepte également que mes parrains prennent connaissance des expertises soumises et me fassent les commentaires appropriés, le cas échéant.

Je n'ai pas fait l'objet de sanctions disciplinaires au comité de discipline du Collège des médecins du Québec.

NOTE AU CANDIDAT

Les rapports d'expertise seront présentés comme suit :

- a) les initiales de l'examiné remplaceront son nom et prénom;
- b) la date de naissance ou l'âge de l'examiné sera inscrit;
- c) la date de l'expertise sera inscrite;
- d) toute marque d'identification du réclamant sera supprimée des textes, de façon à garder le secret professionnel;
- e) pour fins d'études du dossier, ne seront pas considérées comme rapports d'expertises les évaluations usuelles faites à titre de médecin traitant pour la CSST, pour la Régie des rentes du Québec ou pour tout autre organisme.

IDENTIFICATION DU CANDIDAT

(en lettres moulées S.V.P.)

Nom

Prénom (s)

Date de naissance

Numéro de licence

Spécialité

Année d'obtention du certificat de spécialité

Domicile

Adresse

Tél. _____ Fax

Courriel

Bureau

Adresse

Tél. _____ Fax

Courriel

Vous désirez recevoir votre courrier :

au bureau
à domicile

Signature du candidat



Nom en lettres moulées :