

Précisez l'option choisie :

Option 3  ou Option 4

## IDENTIFICATION DE LA CANDIDATE OU DU CANDIDAT

Nom : Prénom :

Citoyenneté canadienne  Oui  Non Statut de résidence permanente  Oui  Non

Adresse : Numéro d'assurance sociale :

Ville : Province :

Code postal : Téléphone :

Courriel personnel : (obligatoire) Courriel universitaire

## ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT

La candidate ou le candidat déclare faire au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) une demande de bourse d'études en résidence en pharmacothérapie avancée pour l'année académique 2024-2025. Le nom de l'établissement d'enseignement :

Université de Montréal

Université Laval

## ENGAGEMENT À FOURNIR DES SERVICES

Si j'obtiens la bourse demandée, au terme de ma maîtrise en pharmacothérapie avancée et à l'obtention de mon diplôme, je m'engage à :

- Offrir une disponibilité à temps complet de cinq (5) jours par semaine durant la période d'engagement, et ce, dès la fin de mes études pour lesquelles j'ai reçu la bourse;
- Travailler trois (3) années de services continus en équivalent temps complet (ETC) à titre de pharmacienne ou pharmacien dans l'un des établissements du réseau de la santé et des services sociaux du Québec.

## EN CAS D'ABANDON OU D'ÉCHEC DES ÉTUDES OU MANQUEMENT À L'ENGAGEMENT

Si j'abandonne ou j'échoue mes études de maîtrise en pharmacie d'établissement ou si je manque à mon engagement (tels une démission, un congédiement, changement d'option ou un autre motif) je m'engage à aviser l'établissement de santé et de services sociaux et le MSSS dans les 30 jours suivant l'abandon ou l'échec de mes études ou le manquement à mon engagement.

Je m'engage également à rembourser à l'établissement de santé et de 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 auxquels je me suis engagé. Si je ne peux pas rembourser les sommes dues en un seul versement, je dois contacter l'établissement de santé et de services sociaux afin d'établir une entente pour répartir le montant à rembourser jusqu'à ce que la somme due soit remboursée en totalité. Le MSSS procédera par la suite à la demande de récupération de la somme versée auprès de l'établissement.

## EN CAS D'ABSENCE

Si je m'absente pour une durée de plus de 30 jours pour une raison médicale, un congé parental ou un autre motif d'absence, je m'engage à aviser l'établissement de santé et de services sociaux et le MSSS. En fonction de la nature et de la durée de mon absence, selon le cas qui s'applique, le versement de la bourse ou ma période d'engagement pourrait alors être suspendu. À la suite de mon retour d'absence, selon le cas qui s'applique, le versement de la bourse ou ma période d'engagement pourrait être repris, et ce, jusqu'à ce que tout soit complété.

## SUIVI DE LA PÉRIODE D'ENGAGEMENT

Je m'engage à fournir annuellement à l'établissement de santé et de services sociaux tous les renseignements exigés dans le cadre du suivi effectué au regard de mon engagement comme boursière ou boursier, et ce, jusqu'à ce que la période d'engagement soit entièrement terminée.

### AUTORISATION POUR L'ÉCHANGE DE RENSEIGNEMENTS

J'autorise, pour la durée de mon engagement, le MSSS, l'université et les établissements de santé et de services sociaux concernés 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 santé et de services sociaux et le MSSS, dans les 30 jours, de tout changement d'adresse, et ce, depuis la signature des présentes jusqu'à la fin de mon engagement.

### DÉDUCTION SUR LE REVENU

Il est de ma responsabilité de vérifier, auprès de l'Agence du revenu du Canada et de Revenu Québec, la possibilité de déduire de mon revenu la bourse reçue, compte tenu des particularités individuelles qu'il peut y avoir.

### SIGNATURES

Signé à (Ville) :

Le (date) :

Signature du candidat : \_\_\_\_\_

Signature de la personne représentant l'établissement de santé et de services sociaux :

\_\_\_\_\_

Nom en lettres moulées

Date

Signature de la personne représentant l'établissement d'enseignement (faculté) :

\_\_\_\_\_

Nom en lettres moulées

Date