

ATTESTATION DE MAINTIEN DE L'INTÉGRITÉ DU SERVICE/DÉPARTEMENT MODIFICATION D'AMP EN COURS DE CONTRAT

SITE/LIEU DE PRATIQUE #1 – INDIQUER LE SITE:				
Je, soussigné, chef du service/département concerné, confirme que la modification des AMP de Dr(e) _____ ne causera pas de bris de service dans le service/département dont je suis responsable même s'il(elle) cesse complètement sa pratique dans ce service/département.				
Activités médicales particulières AMP cessées :				
Raison justifiant la demande de changement des AMP:				
Date d'entrée en vigueur de la modification :				
Nombre d'heures par semaine	<input type="checkbox"/> 6 heures	<input type="checkbox"/> 12 heures		
CHEF DU DÉPARTEMENT / MÉDECIN RESPONSABLE				
NOM ET PRÉNOM	SIGNATURE	ANNÉE	MOIS	JOUR

SITE/LIEU DE PRATIQUE # 2 (si applicable):				
Je, soussigné, chef du service/département concerné, confirme que la modification des AMP de Dr(e) _____ ne causera pas de bris de service dans le service/département dont je suis responsable même s'il(elle) cesse complètement sa pratique dans ce service/département.				
Activités médicales particulières AMP cessées :				
Raison justifiant la demande de changement des AMP:				
Date d'entrée en vigueur de la modification :				
Nombre d'heures par semaine	<input type="checkbox"/> 6 heures	<input type="checkbox"/> 12 heures		
CHEF DU DÉPARTEMENT / MÉDECIN RESPONSABLE				
NOM ET PRÉNOM	SIGNATURE	ANNÉE	MOIS	JOUR

CONFIRMATION ET ACCEPTATION DU DTMF/PERSONNE RESPONSABLE				
NOM ET PRÉNOM	SIGNATURE	ANNÉE	MOIS	JOUR

Veuillez retourner ce formulaire dûment complété, accompagné de votre demande de modification d'AMP par courriel à :
[13 CISSS LAV DTMF: dtmf.cisslav@ssss.gouv.qc.ca](mailto:dtmf.cisslav@ssss.gouv.qc.ca)