Ontario

Ministry of Health and Long-Term Care

Please return signed copies to:
Primary Health Care Team
Underserviced Area Program
159 Cedar Street, Suite 402
Sudbury ON P3E 6A5
Telephone: 705 564-7280
Toll free: 1 866 727-9959

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Veuillez retourner les copies signées au :
Équipe de renouvellement des soins primaires
Programme des services aux régions insuffisamment desservies
159, rue Cedar, bureau 402
Sudbury ON P3E 6A5
Telephone : 705 564-7280
Sans frais : 1 866 727-9959

Application for Physician Locum Programs
Demande Programmes pour les médecins itinérant

Personal Information/Renseignements personnels

Surname/Nom de famille	Given names/Prénom(s)

Practice address/Adresse du cabinet

	Postal code/Code postal	Telephone number/Nº de téléphone

E-mail address/Adresse de courriel

Home address/Adresse actuelle

	Postal code/Code postal	Telephone number/Nº de téléphone

Please check one of the following: Veuillez cocher l'une des cases suivantes :

- ☐ I prefer to communicate in English / Je préfère communiquer en anglais
- ☐ I prefer to communicate in French / Je préfère communiquer en français
- ☐ I prefer to communicate by E-mail / Je préfère communiquer en E-mail

Please check one of the following / Veuillez cocher l'une des cases suivantes :

- ☐ General/Family Practitioner / Généraliste/médecin de famille
- ☐ Psychiatrist / Psychiatre
- ☐ Specialist *(indicate specialty)* / Spécialiste *(indiquer la spécialité)*

The following documents are also required:
1. A copy of Ontario Certificate of Registration
2. A copy of your CCFP, or RCPSC certificate
3. Proof of CMPA
4. Proof of hospital privileges.

Vous devez également fournir les documents suivants :
1. Copie du certificat d'inscription de l'Ontario.
2. Copie de votre certificat du CMFC ou du CRMCC
3. Preuve d'adhésion à l'ACPM.
4. Preuve de privilèges hospitaliers.

Statement under the *Freedom of Information and Protection of Privacy Act*
The Ministry of Health and Long-Term Care is authorized to collect the personal information requested in this form for the purpose of properly administering the Ministry's Physician Programs under subsection 6(1) paragraph 4 or clause 6(2)(b) of the *Ministry of Health and Long–Term Care Act*, R.S.O. 1990, c. M. 26. The personal information will be used to assess, verify and monitor eligibility for participation in the Physician Program and for payment. For information about this collection, please contact Manager, Underserviced Area Program, at 159 Cedar Street, Suite 402, Sudbury ON P3E 6A5, telephone no. 705 564-7280 or 1 866-727-9959.

Conformément à la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*
Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée est autorisé à réunir les renseignements personnels demandés dans cette formule pour la bonne administration de ses Programmes pour les médecins en vertu de la disposition 6 (1) 4. ou de l'alinéa 6 (2) b) de la *Loi sur le ministère de la Santé et des Soins de longue durée*, L. R.O. 1990, chap. M. 26. Ces renseignements personnels serviront à évaluer, vérifier et contrôler l'admissibilité à un programme pour les médecins et à une subvention. Pour se renseigner sur cette collecte de renseignements, il convient de s'adresser au chef du Programme des services aux régions insuffisamment desservies soit en écrivant au 159, rue Cedar, bureau 402, Sudbury ON P3E 6A5, soit en composant le 705 564-7280 ou le 1 866 727-9959.

Consent
I agree to cooperate fully with the Ministry of Health and Long-Term Care, Underserviced Area Program, or its agents, in any evaluation of the program by the branch. Furthermore, I consent to the disclosure of my personal information, contained in any Ministry of Health and Long-Term Care files pertaining to the Underserviced Area Program, to the Branch or its agents for the purposes of evaluation of the Program, and to hospitals, clinics or other health care facilities in Ministry-approved underserviced communities, as well as to agents of such communities for the purpose of recruitment.

Consentement
Je consens à coopérer entièrement avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Programmes des services aux régions insuffisamment desservies ou ses mandataires, pour toute évaluation du programme par la Direction. Je consens également à la divulgation de renseignements personnels me concernant, contenus dans les dossiers du ministère de la Santé et des Soins de longue durée ayant trait au Programme des services aux régions insuffisamment desservies, à la Direction ou à ses mandataires aux fins de l'évaluation du programme, ainsi qu'aux hôpitaux, cliniques ou autres établissements de santé des collectivités reconnues par le ministère comme insuffisamment desservies de même qu'aux représentants de ces collectivités à des fins de recrutement.

Signature	Date

©Queen's Printer for Ontario, 2010 ©Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2010