

**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 :

Date d'entrée en vigueur de la modification :

Nombre d'heures par semaine

6 heures

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 :

Date d'entrée en vigueur de la modification :

Nombre d'heures par semaine

6 heures

12 heures

CHEF DU DÉPARTEMENT / MÉDECIN RESPONSABLE

NOM ET PRÉNOM

SIGNATURE

ANNÉE

MOIS

JOUR

CONFIRMATION ET ACCEPTATION DU DRMG/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 :

15-DRMG@ssss.gouv.qc.ca