Enregistrer | Imprimer | Réinitialiser le formulaire

UNIVERSITÉ LAVAL

Faculté de pharmacie

RAPPORT D'APPRÉCIATION D'UNE PHARMACIENNE OU D'UN PHARMACIEN D'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Études de 2e cycle · Maîtrise en pharmacothérapie avancée

Veuillez enregistrer ce formulaire sur votre ordinateur et le remplir avec Acrobat Reader. **Ne pas remplir directement depuis votre navigateur.**

Identification de la candidate ou du candidat

1 Indiquez votre numéro d'identification (NI) : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ (si vous avez déjà étudié à l'Université Laval)

Session d'admission : Automne 20☐☐

2

PRÉNOM	NOM DE FAMILLE À LA NAISSANCE	DATE DE NAISSANCE (AAAA-MM-JJ)
		| |

ADRESSE (numéro, rue, appartement)

PAYS	PROVINCE / ÉTAT	VILLE	CODE POSTAL

3 NOM DU PROGRAMME
Maîtrise en pharmacothérapie avancée

SIGNATURE	DATE (AAAA-MM-JJ)
	| |

À remplir par la pharmacienne ou le pharmacien d'établissement de santé

Ce rapport sera joint au dossier d'admission de la candidate ou du candidat. Merci de répondre au meilleur de votre connaissance.
Transmettez-le rempli et signé, avant la date limite, par courriel à documentsadmission@reg.ulaval.ca.

4

PRÉNOM ET NOM (en majuscules)	COURRIEL

INSTITUTION OU ORGANISME	FONCTION

5 Contexte de la relation de supervision : ☐ Emploi ☐ Stage ☐ Autre : _____

Durée de la supervision : ☐ an(s) (et) ☐ mois (et) ☐ semaine(s)

La candidate ou le candidat était alors titulaire du doctorat de 1er cycle en pharmacie : ☐ oui ☐ non

Appréciation de la candidate ou du candidat

Nous vous prions de bien vouloir donner votre opinion sur la candidate ou le candidat, en cochant l'une des cases correspondant au facteur d'appréciation considéré dans le tableau ci-dessous.

Classement par rapport à 100 étudiantes et étudiants du même niveau :	**EXCELLENT** Le 1er 5 %	**TRÈS BON** Le 1er 15 %	**BON** Le 1er 25 %	**PASSABLE** Le 1er 50 %	**CONNAISSANCE INSUFFISANTE**
A) Connaissances et acquis	☐	☐	☐	☐	☐
B) Qualité du travail	☐	☐	☐	☐	☐
C) Aptitudes générales à la pratique en établissement	☐	☐	☐	☐	☐
D) Professionnalisme	☐	☐	☐	☐	☐
E) Jugement	☐	☐	☐	☐	☐
F) Autonomie	☐	☐	☐	☐	☐
G) Curiosité scientifique	☐	☐	☐	☐	☐
H) Relations interpersonnelles	☐	☐	☐	☐	☐
I) Assiduité au travail et présence	☐	☐	☐	☐	☐

6 **Je recommande cette candidature :**

☐ Sans réserve ☐ Avec quelques réserves ☐ Je ne la recommande pas

7 **Indiquez ci-dessous votre justification ainsi que les éléments à maintenir et les éléments à améliorer (OBLIGATOIRE) :**

☐ **J'affirme que tous les renseignements déclarés sont exacts**

Conformément à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, l'Université Laval vous informe que les renseignements fournis pourraient être consultés ou remis sur demande de la candidate ou du candidat auprès du Bureau du registraire, et ceci, dès que l'Université aura rendu sa décision finale quant à la demande d'admission de la candidate ou du candidat.

SIGNATURE	DATE (AAAA-MM-JJ)
	| |