*Renouvellement* d'une demande d’accréditation d’une activité

ou d'un programme de formation continue non diplômante

1. Pour toute demande d’accréditation d’une formation dont **le contenu, le conférencier, l’horaire ou autres a été modifié**, compléter le *Formulaire de demande d'accréditation* générale.
2. Si le contenu, le conférencier, l’horaire ou autres de l'activité éducative n'a pas été changé, compléter le présent formulaire.
3. Aucune demande n'est traitée par l’évaluatrice si les documents requis sont manquants, incorrects ou incomplets ou si la version du formulaire employé n’est pas à jour.

|  |  |
| --- | --- |
| **Renouvellement d'une demande d'accréditation de type présentiel**  | Tarification(taxes incluses) |
| **Étudiantes inscrites au programme de doctorat de la FSI et dont le projet d'étude inclut une activité éducative.** | Aucun frais |
| **Professeurs de la FSI** | 25 $ |
| **Organismes et milieux cliniques affiliés à l'Université de Montréal** | 150 $ |
| **Associations ou entreprises externes** | 200 $ |
|  |
| **Renouvellement d'une demande d'accréditation de type virtuel - formation en ligne** | Tarification(taxes incluses) |
| Étudiantes inscrites au programme de doctorat de la FSI et dont le projet d'étude inclut une activité éducative. | Aucun frais |
| Professeurs de la FSI | 50 $ |
| Organismes et milieux cliniques affiliés à l'Université de Montréal | 200 $ |
| Associations ou entreprises externes | 300 $ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Lettre d'attestation d’heures de formation accréditée (HFA)** | **Tarification****(taxes incluses)** |
| **Pour chaque participante** | 10 $ par lettre |

|  |  |
| --- | --- |
| Durée de validité de la demande d'accréditation d'une activité ou d'un programme de formation continue non diplômante : | Un (1) an à compter de la date de la lettre de réponse envoyée au responsable de l'activité ou du programme de formation continue.Toutefois, deux (2) renouvellements d'une demande d'accréditation sont autorisés. Par la suite, il faudra réviser le contenu de l'activité ou du programme de formation continue selon les plus récents résultats probants et présenter une nouvelle demande d'accréditation. |

1. **Identification du responsable du comité organisateur:**
* Nom et prénom :
* Association, organisme, entreprise :
* Adresse du responsable :

* Courriel  :
* Téléphone : (   )    -     poste
1. **Renouvellement d'une demande :**
* 1ère [ ]  ou 2ème [ ]  demande de renouvellement
* Titre de l'activité :
* Date(s) prévue(s) de l'activité :
* Date de fin de l’activité :
* Lieu de l'activité :
* Au cours de la prochaine année civile, l'activité aura-t-elle lieu plus d'une fois ? oui [ ]  non [ ]
* Si oui, combien de fois dans les 12 prochains mois :
* Nombre d’heures de formation accréditées (HFA) demandé (excluant les pauses et les repas) :
* Date d'échéance de l’accréditation :
1. **Critères du renouvellement d'une demande d'accréditation :**
* Les objectifs d’apprentissage n’ont pas été changés. [ ]
* La durée de la formation initiale n’a pas été changée. [ ]
* Aucun changement de contenu de l'activité éducative n'a été effectué. [ ]
* Le formateur ou animateur est resté le même. [ ]

**Note :** Si une mise à jour des résultats probants ou autres a été faite,

SVP, compléter le *Formulaire de demande d'accréditation* générale.

1. **Documents à joindre en version électronique :**
* Formulaire (s) de divulgation de conflits d'intérêts potentiels [ ]
* Horaire de l'activité [ ]
* Formulaire d'évaluation incluant la page 5 du *Guide éthique de la formation continue
non diplômante de la Faculté des sciences infirmières* [ ]

**Les 2 questions suivantes** doivent être ajoutées sur le formulaire d’évaluation utilisé :

* 1. **L’activité respectait-elle le** **Guide éthique de la formation continue de la
	Faculté des sciences infirmières de l’UdeM ?  Oui / Non**
	2. **Aviez-vous l'impression qu'il y avait un biais commercial durant l'activité éducative ? Oui / Non**
1. **Veuillez, SVP, choisir un des deux modes de paiement suivants :**

[ ]  Par carte de crédit :

 [ ]  Visa Nom tel qu’indiqué sur la carte

 [ ]  Mastercard

 Numéro de la carte Expiration

                     MM/AA

 **Autorisation –** J’autorise la Faculté des sciences infirmières à débiter ma carte de crédit du montant mentionné ci-dessus**:** [ ]  oui [ ]  non

[ ]  Une demande de facturation avec les coordonnées requises :

* + Nom :
	+ Adresse :

* + Courriel :
	+ Titre et date (s) de l'activité de formation continue.

Note : avec le paiement, il faut indiquer le numéro de facture. Le chèque doit être libellé au nom de l'Université de Montréal.

***En tant que responsable du comité organisateur ou de la formation dans un établissement :***

[ ]  **Je déclare** que les données fournies sont exactes et je certifie que cette activité éducative respecte les normes professionnelles, éthiques et légales en vigueur.

[ ]  **J’accepte** qu’une représentante de la Faculté des sciences infirmières de l’UdeM participe gratuitement à l’activité éducative pour s’assurer du respect des critères pédagogiques et éthiques.

[ ]  **J’accepte** que la Faculté des sciences infirmières de l’UdeM se réserve le droit de retirer les crédits octroyés advenant le non respect des normes et critères mentionnés ci-haut.

 **Nom en caractères d’imprimerie :**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Signature du responsable Date :**

**À retourner accompagné des documents requis à :****accreditation@scinf.umontreal.ca**