



The National Alliance of Respiratory Therapy Regulatory Bodies

L'Alliance nationale des organismes de réglementation de la thérapie respiratoire

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PROFESSIONNELS

SECTION 1 — À remplir par le candidat/la candidate à l'admission

Transmettre à l'organisme de réglementation auquel vous appartenez ou avez appartenu.

Je soussigné (e) _____, autorise l'organisme de réglementation _____ à fournir tous les renseignements inscrits à la section 2 et toutes autres informations supplémentaires demandées par l'organisme de réglementation de _____ où je sollicite un permis d'exercice.

PROVINCE/TERRITOIRE

SIGNATURE DU CANDIDAT/DE LA CANDIDATE

N° DE PERMIS

ADRESSE COURRIEL

N° DE TÉLÉPHONE

DATE (ANNÉE/MOIS/JOUR)

SECTION 2 — À remplir par l'organisme de réglementation auquel vous appartenez ou avez appartenu

Le formulaire sera directement envoyé à l'organisme de réglementation/association professionnelle de la province/territoires où vous désirez obtenir un permis d'exercice.

Je _____, agissant au nom _____, REGISTRAIRE OU PERSONNE DÉSIGNÉE NOM DE L'ORGANISME DE RÉGLEMENTATION

certifie la véracité et l'exactitude des déclarations suivantes et de toutes les informations supplémentaires fournies sur l'historique d'inscription de :

CANDIDAT/CANDIDATE

N° DE PERMIS

Date de l'inscription : de _____ à _____ ANNÉE/MOIS/JOUR ANNÉE/MOIS/JOUR

1. Le permis de pratique du candidat/de la candidate est-il assujéti à des modalités, des conditions ou des restrictions (p. ex. : à la suite d'une plainte, d'un rapport de l'employeur, d'une enquête ou d'une procédure)?
OUI NON
2. Le candidat/la candidate fait-il (elle) ou a-t-il (elle) déjà fait l'objet d'un examen, d'une enquête ou d'une procédure (lié par exemple à une inconduite professionnelle, à une incompétence ou à une incapacité)?
OUI NON



The National Alliance of Respiratory Therapy Regulatory Bodies

L'Alliance nationale des organismes de réglementation de la thérapie respiratoire

3. À votre connaissance, le candidat/la candidate a-t-il (elle) déjà été reconnu (e) coupable d'une infraction criminelle ou d'une infraction en vertu de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* ou de la *Loi sur les aliments et drogues* (Canada)?
- OUI NON
4. Le candidat/la candidate a-t-il (elle) des obligations en cours ou non remplies relativement au programme d'assurance de la qualité de votre organisation, aux exigences liées à la formation continue ou au perfectionnement professionnel?
- OUI NON
5. Connaissez-vous un autre élément (circonstance, condition ou événement non abordés ci-dessus), lié aux compétences, au comportement, aux aptitudes physiques ou mentales du candidat/de la candidate, qui pourrait affecter ses capacités d'exercer sa profession d'inhalothérapeute/de thérapeute respiratoire?
- OUI NON
6. Le candidat/la candidate a-t-il (elle) satisfait aux exigences de l'organisme de réglementation pour le maintien du droit d'exercice (p. ex : nombre minimal d'heures travaillées/période)?
- OUI NON S.O.

Si la réponse est « Oui » aux énoncés 1 à 5, veuillez fournir des renseignements supplémentaires, y compris une description des faits pertinents, les ordonnances et les sanctions qui en ont résulté.

REGISTRAIRE OU PERSONNE DÉSIGNÉE

DATE

TITRE D'EMPLOI

Une fois la section 2 remplie, veuillez transmettre le formulaire à l'instance appropriée :

| | |
|-------|--|
| CARTA | bryan.buell@carta.ca |
| CRTO | hamp@crto.on.ca |
| MARRT | edregistrar@marrt.org |
| NBART | registrar@nbart.org |
| NLCHP | alice.kennedy@nlchp.ca |
| NSCRT | registrar@nscrt.com |
| OPIQ | dg@opiq.qc.ca |
| SCRT | gail.sarkany@scrt.ca |

REGULATORY
BODY'S SEAL