

Fournir tous les renseignements demandés, à défaut de quoi la présente demande sera retournée ou rejetée. Les droits d'inscription et les droits de licence annuels requis doivent être joints à la demande.

Prévoir 30 jours pour le traitement de la demande.

1. Nom au complet : _____ Licence du Yukon n° _____

2. Adresse domiciliaire du demandeur¹ : _____
Ville/Localité

Province/Territoire _____ Code postal _____ Téléphone (domicile) _____
Courriel : _____ Date de naissance _____
jj/mm/aaaa

3. J'exerce ma profession à la clinique : _____
Nom de la clinique

4. Adresse de la clinique : _____
Ville/Localité

Province/Territoire _____ Code postal _____ Téléphone au travail _____ Envoyer le courrier à la clinique

5. Êtes-vous présentement titulaire d'une licence délivrée dans une autre région administrative? Non Oui

Si oui, laquelle _____

Y a-t-il des restrictions ou des conditions imposées à votre licence : Non Oui

Si oui, veuillez fournir des précisions : _____

6. Formation supplémentaire suivie durant la dernière année visée par la licence :

Cours

Dates de la formation

7. Nombre d'heures d'exercice annuel - veuillez indiquer le total des heures d'exercice que vous avez cumulées au cours de la dernière année visée par une licence (**au Yukon et ailleurs**) :

_____ heures

8. Nombre d'heures d'exercice annuel au Yukon - veuillez indiquer seulement les heures d'exercice que vous avez cumulées au Yukon au cours la dernière année visée par une licence :

_____ heures

Les renseignements personnels demandés dans les présentes sont recueillis en vertu de la *Loi sur la profession dentaire* et serviront exclusivement à l'application de la *Loi*. Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec la Direction de l'accréditation professionnelle et des affaires réglementaires au 867-667-5111 ou, sans frais au Yukon, au 1-800-661-0408, poste 5111.

¹Dans le présent document, les expressions désignant des personnes visent à la fois les hommes et les femmes.

DÉCLARATION DU DEMANDEUR

Je soussigné certifie par la présente que les renseignements fournis ci-dessus sont à ma connaissance véridiques et exacts. Aucune accusation au criminel n'a été portée contre moi au Canada ou à l'étranger, et je n'ai été condamné pour aucun acte criminel depuis ma dernière demande de renouvellement. Il est entendu que j'aviserai par écrit le gouvernement du Yukon de tout changement, s'il y a lieu.

Fait à _____, ce _____ jour de/d' _____, 20 _____.
Ville/Localité Province/Territoire

Signature du demandeur : _____

Je joins les documents suivants à l'appui de ma demande :

1. Formulaire de demande de renouvellement dûment rempli.
2. Droits d'inscription et de licence requis.
3. Si vous êtes titulaire d'une licence délivrée dans une autre région administrative, veuillez fournir une lettre attestant que vous êtes en règle.

Les droits à verser sont les suivants :

Hygiéniste dentaire Droits de licence annuels (50 \$)

Veillez libeller votre chèque à l'ordre du gouvernement du Yukon, ou remplir le formulaire de paiement par carte de crédit YG5924, au : <http://www.gov.yk.ca/forms/cs.html#cs1>

Remarque importante : La Direction de l'accréditation professionnelle et des affaires réglementaires **N'ACCEPTERA PAS** de paiement par courriel ou par télécopieur.

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec Accréditation professionnelle et affaires réglementaires : par téléphone, au 867-667-5111; par télécopieur, au 867-667-3609; par courriel, à PLRA@gov.yk.ca.

Votre demande ainsi que le paiement des droits doivent nous parvenir au plus tard le 31 mars.

Veillez remplir le formulaire, l'imprimer, le signer et nous le faire parvenir accompagné des documents requis et des droits réglementaires à :

Par la poste :
Accréditation professionnelle et affaires réglementaires, C-5
C.P. 2703
Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6

Par messagerie ou en personne :
Accréditation professionnelle et affaires réglementaires, C-5
307, rue Black
Whitehorse (Yukon) Y1A 2N1