

**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 : \_\_\_\_\_ Sexe :  F  M

2. Nom de jeune fille (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

3. Date de naissance : \_\_\_\_\_ Endroit \_\_\_\_\_  
jj/mm/aaaa

4. Adresse domiciliaire du demandeur<sup>1</sup> : \_\_\_\_\_  
Ville/Localité

Province/Territoire Code postal Téléphone (domicile)

Courriel : \_\_\_\_\_

5. Je prévois exercer ma profession à la clinique \_\_\_\_\_ à compter du \_\_\_\_\_  
Nom de la clinique jj/mm/aaaa

6. Adresse de la clinique : \_\_\_\_\_  
Adresse Ville/Localité

Province/Territoire Code postal Téléphone (domicile) Envoyer le courrier à la clinique

7. 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 : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. Lieu d'obtention du diplôme \_\_\_\_\_

9. Année d'obtention du diplôme \_\_\_\_\_  
aaaa

10. Avez-vous subi l'examen de certification nationale en hygiène dentaire?  Non  Oui

Si oui, quand : (examen écrit) \_\_\_\_\_ (examen pratique) \_\_\_\_\_  
jj/mm/aaaa jj/mm/aaaa

11. Indiquez tous les endroits (adresses et dates) où vous avez exercé votre profession au cours des 3 années précédant la présente demande :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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 le directeur des Services aux consommateurs au 867-667-5111 ou, sans frais au Yukon, au 1-800-661-0408, poste 5111.

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

12. Avez-vous suivi une formation en anesthésie?  Non  Oui  
Si oui, pour quelle(s) méthode(s) possédez-vous les qualifications requises?  Infiltration  Bloc mandibulaire

13. Avez-vous déjà fait l'objet d'une enquête?  Non  Oui  
Si oui, veuillez exposer les faits (joindre une feuille distincte si nécessaire) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14. Avez-vous déjà été déclaré coupable d'un acte criminel :  Non  Oui  
Si oui, veuillez exposer les faits (joindre une feuille distincte si nécessaire) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Je \_\_\_\_\_  
Nom au complet en lettres détachées  
par la présente, soumetts une demande d'inscription au registre et d'autorisation d'exercer au Yukon, en vertu de la *Loi sur la profession dentaire*.  
\_\_\_\_\_  
Signature du demandeur

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

1. Formulaire de demande dûment rempli.
2. Droits d'inscription et de licence requis.
3. Copie certifiée conforme des documents prouvant que je suis légalement autorisé à résider et à travailler au Canada.
4. Certificat d'hygiéniste dentaire délivré par un organisme de réglementation canadien d'une autre région administrative faisant partie des signataires de l'Accord sur le commerce intérieur **ainsi** qu'une lettre de ce dernier attestant que je suis en règle dans cette région administrative.

**OU**

Copie certifiée conforme d'un certificat de compétence délivré par le Bureau national de la certification en hygiène dentaire **ainsi** qu'une copie certifiée conforme d'un diplôme obtenu dans un établissement d'enseignement offrant un programme agréé en hygiène dentaire.  
Copie certifiée conforme des documents attestant ma formation en anesthésie, le cas échéant.

Les droits à verser sont les suivants :

**HYGIÉNISTE DENTAIRE**

- Droits d'inscription au registre (100 \$)  Droits de licence annuels (50 \$)

Veuillez 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](mailto:PLRA@gov.yk.ca).

**Veuillez 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  
YG(5095FQ)F3 Rev.10/2014

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

Au sujet de ma demande d'inscription au registre et de l'obtention d'une licence m'autorisant à exercer ma profession au

Yukon,

Je, \_\_\_\_\_  
Nom au complet en lettres détachées

de \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
Ville Province/Territoire

DÉCLARE SOLENNELLEMENT QUE :

1. je suis bien la personne nommée dans les documents présentés à l'appui de ma demande et que ces documents reflètent de façon exacte la formation que j'ai reçue;
2. j'autorise les autorités chargées de la délivrance des licences et les personnes nommées dans les présentes à fournir aux autorités chargées de la délivrance des licences au Yukon les renseignements qu'elles demandent.

Et je fais cette déclaration solennelle convaincu en toute conscience qu'elle est véridique.

Déclaré devant moi à \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
Ville Province/Territoire

ce \_\_\_\_\_ jour de/d' \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature et sceau du notaire public

\_\_\_\_\_  
Signature du demandeur