

**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 : \_\_\_\_\_ Envoyer le courrier à la clinique   
Ville/Localité

Province/Territoire Code postal Téléphone au travail

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. Indiquez par ordre chronologique vos antécédents de formation, en précisant le nom de l'établissement, les périodes visées et les diplômes reçus :

| Établissement | Endroit | Date de début des études | Date de fin des études | Diplôme obtenu |
|---------------|---------|--------------------------|------------------------|----------------|
|               |         |                          |                        |                |
|               |         |                          |                        |                |
|               |         |                          |                        |                |
|               |         |                          |                        |                |

10. Année où vous avez-vous obtenu votre certification auprès du Bureau national d'examen dentaire du Canada : \_\_\_\_\_  
aaaa

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 poste 5111.

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

11. Avez-vous déjà fait l'objet d'une enquête?  Non  Oui

Si oui, veuillez exposer les faits (joindre une feuille distincte si nécessaire) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12. 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 Signature du demandeur

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*.

**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. Certificat de dentiste 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**

Certificat de compétence délivré par le Bureau national d'examen dentaire du Canada **et un des documents suivants :**

- Copie certifiée conforme du diplôme indiquant que je suis un diplômé d'un programme dentaire agréé par la Commission de l'accréditation dentaire du Canada ou par l'American Dental Association on Dental Accreditation;
  - Attestation de réussite du Processus d'équivalence du Bureau national d'examen dentaire du Canada;
  - Attestation de réussite d'un programme de qualification ou d'obtention de diplôme d'une université canadienne agréée.
4. Copie certifiée conforme des documents prouvant que je suis légalement autorisé à résider et à travailler au Canada

**Les droits à verser sont les suivants :**

**Dentiste – Résident**

Droits d'inscription au registre 400 \$  
Droits de licence annuels 200 \$

**Dentiste – Non-résident**

**(travaille au Yukon 3 mois ou moins durant l'année visée par la licence)**

Droits d'inscription au registre 50 \$  
Droits de licence annuels 50 \$

**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

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

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).

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 Ville Province/Territoire

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

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

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