

Remplissez ce formulaire aux fins de vérification des heures d'exercice professionnel que vous déclarez pour satisfaire aux exigences en matière de compétence continue. « Heures d'exercice professionnel » s'entend de toutes les heures travaillées par une personne conformément à la description officielle de son poste, mais ne comprend pas les vacances, les congés de maladie, les congés sans traitement et toute heure (payée ou non) d'exercice non professionnel.

Profession :

Infirmier ou infirmière auxiliaire immatriculé(e) (I.A.I.)

Infirmier ou infirmière psychiatrique autorisé(e) (I.P.A.)

Physiothérapeute

Dentiste

Chiropraticien

À remplir par le demandeur

Nom de famille légal		Prénom légal		Second prénom légal	
Autres noms utilisés			Numéro de licence du Yukon		
Adresse postale		Ville	Prov. ou terr.	Code postal	Pays
Courriel		Téléphone			
Employeur		Date de début et de fin d'emploi Du AAAA/MM/JJ au AAAA/MM/JJ			

Aux fins du traitement de ma demande, la Direction de l'accréditation professionnelle et des affaires réglementaires (l'organisme de réglementation au Yukon) doit obtenir des renseignements à propos de mon travail au sein de votre organisme. Je vous autorise à lui fournir tout renseignement sur l'exercice de ma profession. En vertu de la présente déclaration, vous êtes autorisé à fournir à la Direction tous les renseignements exigés dans le cadre de ma demande ou pour confirmer le nombre d'heures pendant lesquelles j'ai exercé ma profession.

Signature du demandeur	Date AAAA/MM/JJ
------------------------	--------------------

À remplir par l'employeur

La présente confirme que _____ est ou a été employé en tant que _____

NOM DE L'EMPLOYÉ POSTE

par _____

NOM DE L'EMPLOYEUR

ADRESSE MUNICIPALE VILLE/LOCALITÉ PROVINCE/TERRITOIRE/ÉTAT CODE POSTAL/CODE ZIP PAYS

du AAAA/MM/JJ au AAAA/MM/JJ .

Heures travaillées par année	1. Année : _____ Nombre d'heures : _____
	2. Année : _____ Nombre d'heures : _____
	3. Année : _____ Nombre d'heures : _____
	4. Année : _____ Nombre d'heures : _____
	5. Année : _____ Nombre d'heures : _____

À remplir par l'employeur (suite)

Autres renseignements :

Je déclare que les renseignements fournis aux présentes sont exacts et complets.

Nom (en lettres détachées)		Poste et titre professionnel
Nom de l'employeur (agence, établissement)		Adresse
Téléphone	Télécopieur	Courriel
Signature de la personne autorisée		Date AAAA/MM/JJ

Retournez le formulaire directement à la Direction :

Par la poste :

Direction de l'accréditation professionnelle et des affaires réglementaires
C.P. 2703, C-5
Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6

En personne ou par messagerie :

307, rue Black
Whitehorse (Yukon) Y1A 2N1

Par courriel :

I.A.I. et I.P.A. : lpn-rpn.plra@gov.yk.ca
Physiothérapeutes : physio.plra@gov.yk.ca
Chiropraticiens : chiro.plra@gov.yk.ca
Dentistes : dental.plra@gov.yk.ca

Les renseignements personnels fournis dans le présent formulaire sont recueillis, utilisés et divulgués en conformité avec les paragraphes 29 a) et c) de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* et en vertu de la loi qui régit la profession faisant l'objet d'une demande de licence. Ils seront utilisés aux fins d'application de ces lois et de leurs règlements connexes, et en vue de déterminer l'admissibilité à l'inscription et de maintenir à jour un registre public. Ils serviront également à des fins de recherche et de statistiques en ce qui a trait aux ressources humaines dans le domaine de la santé. Dans ce dernier cas, l'identité des personnes ne sera pas divulguée. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la collecte de ces renseignements, veuillez contacter la Direction de l'accréditation professionnelle et des affaires réglementaires du ministère des Services aux collectivités, gouvernement du Yukon, par la poste : C.P. 2703, Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6, par téléphone : 867-667-5111; par télécopieur : 867-667-3609 ou par courriel : plra@gov.yk.ca.