

« 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.

Demandez à votre employeur de remplir la partie B ci-après.

PARTIE A : RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR¹

Remplir la partie A et remettre le formulaire à la direction des ressources humaines de tous vos employeurs des quatre dernières années. Au besoin, faire des copies.

Nom de famille		Prénom		Nom précédent	
Adresse municipale ou case postale			Ville		Territoire / Province / Pays
Courriel			Téléphone (au travail ou cellulaire)		
Employeur		Poste			
		<input type="checkbox"/> Infirmier auxiliaire		<input type="checkbox"/> Physiothérapeute	
		<input type="checkbox"/> Infirmier psychiatrique autorisé			

Dates 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

PARTIE B : EMPLOYEUR

Cette partie doit être remplie par l'employeur (superviseur ou conseiller en ressources humaines) du demandeur qui souhaite être inscrit au registre et obtenir une licence l'autorisant à exercer.

La présente confirme que _____ est ou a été employé en tant que _____
NOM DE L'EMPLOYÉ POSITION

par _____
NOM DE L'EMPLOYEUR

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

entre AAAA/MM/JJ et AAAA/MM/JJ .

Heures travaillées : Infirmier auxiliaire Physiothérapeute Infirmier psychiatrique autorisé

2017 : _____ 2016 : _____ 2015 : _____ 2014 : _____

¹ Dans le présent document, le masculin générique désigne toutes les personnes.

PARTIE B : 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

Joindre le présent formulaire dûment rempli à votre demande et faire parvenir le tout à :

Par la poste :

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

En personne :

307, rue Black
Whitehorse (Yukon)

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 cueillette de ces renseignements, veuillez communiquer avec la Direction de l'accréditation professionnelle et des affaires réglementaires du ministère des Services aux collectivités, gouvernement du Yukon, par la poste, au C.P. 2703, Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6; par téléphone, au 867-667-5111; par télécopieur, au 867-667-3609; par courriel, à plra@gov.yk.ca.